

ISSN 2522-9885



ТОРСУЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ

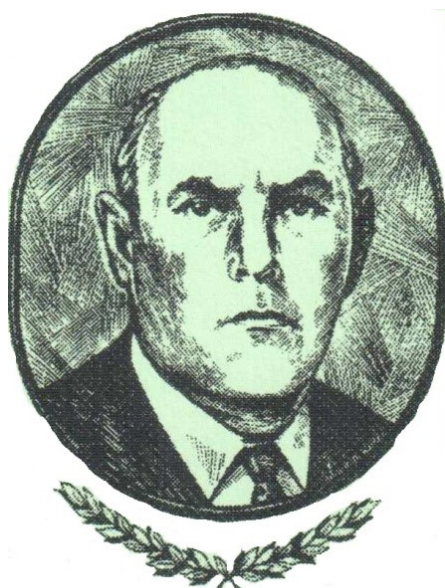
**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ПО ДЕРМАТОЛОГИИ, ВЕНЕРОЛОГИИ, КОСМЕТОЛОГИИ**

**SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL
OF DERMATOLOGY, VENEREOLOGY, COSMETOLOGY
«TORSUEV'S READING»**

2017 № 1 (15)

**ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО**

*Памяти Н.А. Торсуева
посвящается*



**ТОРСУЕВСКИЕ
ЧТЕНИЯ**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ПО ДЕРМАТОЛОГИИ, ВЕНЕРОЛОГИИ, КОСМЕТОЛОГИИ**

**SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL
OF DERMATOLOGY, VENEREOLOGY, COSMETOLOGY
«TORSUEV'S READING»**

2017 №1 (15)

ISSN 2522-9885 (Print)
ISSN 2522-9893 (Online)

Научно-практический журнал по дерматовенерологии и косметологии «Торсуевские чтения» посвящен актуальным вопросам диагностики, клиники, лечения и профилактики наиболее распространенных заболеваний кожи, и сексуально-трансмиссивными инфекциями, проблемам эстетической медицины и медицинской косметологии, подготовки врачей. В работах показаны инновационные методы диагностики в дерматологии, новые технологии терапевтических воздействий. Отдельные статьи посвящены актуальным проблемам дерматологии, выполненным на стыке других разделов клинической медицины.

Ответственность за содержание статей и орфографию несут авторы. Редакция не несет ответственность за достоверность фактов, имен и другой информации, использованной в публикациях. Перепечатка или иное воспроизведение в любой форме полностью или частично статей, иллюстраций или других материалов разрешено только с предварительного письменного согласия редакции с обязательной ссылкой на источник. Материалы публикуются на языке оригинала.

Учредитель:

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Адрес учредителя:

83003, г. Донецк, проспект Ильича, д. 16

Периодичность издания:

4 раза в год

Адрес редакции:

83087, г. Донецк,
ул. Калинина, д. 107-Б
Тел.: (062) 334-02-26
Факс: (062) 334-02-26

Адрес электронной почты:

derma.kosmet@yandex.ru

Главный редактор:

Проценко Татьяна Виталиевна

Ответственный секретарь:

Провизион А.Н.

Редакционная коллегия:

Белик И.Э. (г. Донецк)
Богуслав Ю.П. (г. Донецк)
Проценко О.А. (г. Донецк)
Романенко К.В. (г. Донецк)
Фисталь Н.Н. (г. Донецк)

Редакционный совет:

Арифов С.С. (г. Ташкент)
Бабюк И.А. (г. Донецк)
Василенко И.В. (г. Донецк)
Волошин Р.Н. (г. Ростов-на-Дону)
Гончарова Я.А. (г. Доха)
Киосева Е.В. (г. Донецк)
Попович А.Ю. (г. Донецк)
Прилуцкий А.С. (г. Донецк)
Радионов В.Г. (г. Луганск)
Романенко В.Н. (г. Донецк)
Седаков И.Е. (г. Донецк)
Тищенко А.Л. (г. Москва)
Шай А.М. (г. Москва)
Шелихов С. Ю. (г. Астана)
Фисталь Э.Я. (г. Донецк)

Рекомендовано к изданию Ученым Советом Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, протокол №9 от 25.05.2017г.

Приказом Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики (№551 от 25 мая 2017 г.) научно-практический журнал по дерматовенерологии и косметологии «Торсуевские чтения» включен в перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата и доктора наук.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Давлеева М.Д., Иванова И.П. ВОЗМОЖНОСТИ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТЫХ6
2. Заблottsкая А.Г. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТФОРМИНА И УЗКОПОЛОСНОЙ ФОТОТЕРАПИИ10
3. Мехова Г. А., Проценко О.А., Мехова Л.С., Проценко О.И. ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЕВУШЕК НА ЭСТЕТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ14
4. Милус И.Е. ФОТОТЕРАПИЯ В ЭТАПНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ19
5. Провизион А.Н. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА У МУЖЧИН, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ22
6. Пишеничная Е.В., Тонких Н. А., Бордюгова Е.В., Дубовая А.В., Конопко Н.Н. ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФАНТИЛЬНЫХ ГЕМАНГИОМ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ27
7. Радионов Д.В., Радионов В.Г., Хайминов Е.М., Шатилов А.В. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИФИЛИСА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ34
8. Седиков И.Е., Крюков Н.В., Проценко Т.В., Крюкова А.Н., Проценко О.А., Горбенко А.С. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО МЕЛАНОМЕ И РАКУ КОЖИ ЗА 1-Е ДЕСЯТИЛЕТИЕ 21 ВЕКА В ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ42

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Горбенко Ал.С. АНТИСТРЕССОРНАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)50
2. Радионов Д.В., Радионов В.Г. ОЗОНОТЕРАПИЯ – ОДИН ИЗ МЕТОДОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИСТИННОЙ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТИ54
3. Руденко И.В. СВЕТОТЕРАПИЯ ПЛЮС ЗОЛОТАЯ ПРОПОРЦИЯ62

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ,
НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ**

1. Авсянкина Т.И. МЕЛАНОМА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА)68
2. Корчак И.В., Корчак А.И. ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИНДЕКСЫ В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ71
3. Провизион Л.Н., Гусак О.С., Шварева Т.И., Палвонов С.А. СИНДРОМ ЛИНЯЮЩЕЙ (ОТПАДАЮЩЕЙ) КОЖИ75
4. Тахташова И.Р. СЛУЧАЙ СИФИЛИТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА80

КОСМЕТОЛОГИЯ

1. Шай А.М. АВТОРСКИЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ УГЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ 83
2. Шелехов С.Ю. ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОДХОД К УПРАВЛЕНИЮ МИМИКОЙ С ПОМОЩЬЮ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А 87

ORIGINAL RESEARCH

1. Davlyeyeva M.D., Ivanova I.P. POSSIBILITIES OF PHOTODYNAMIC THERAPY IN TREATMENT OF EROSIVE-ULCEROUS DISEASES OF MUCOS6
2. Zablotska A.G. OPTIMISATION OF TREATMENT OF PSORIASIS IN PATIENTS WITH CHRONIC VIRUS INFECTIONS10
3. Mekhova G.A., Protsenko O.A., Mekhova L.S., Protsenko O.I. INFLUENCE OF THE IMAGE OF LIFE OF GIRLS ON AESTHETIC HEALTH 14
4. Milus I.E. PHOTOTHERAPY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH PSORIASIS19
5. Provizion A.N. PECULIARITIES OF CLINICS AND COURSE PSORIASIS IN MEN - PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS22
6. Pshenichnaja E.V., Tonkykh N.A., Bordugova E.V., Dubovaja A.V., Konopko N.N. HEMANGIOMAS IN CHILDREN. OWN EXPERIENCE OF CONSERVATIVE TREATMENT27
7. Radionov D. V., Radionov V. G., Khaiminov Ye. M., Shatilov A.V. PECULIARITIES OF THE COURSE OF SYPHILIS AT THE PRESENT STAGE34
8. Sedakov I. E., Kryukov N. V., Protsenko T. V., Kryukova A. N., Protsenko O. A., Gorbenko An. S. COMPARATIVE CLINICO-EPIDEMIOLOGICAL INDICATORS FOR MELANOMA AND SKIN CANCER FOR THE 1ST DECADE OF 21 CENTURIES IN THE DONETSK REGION42

REVIEWS OF LITERATURE

1. Gorbenko Al. S. ANTISTRESSORIAL MEDICAMENTAL AND NON-MEDICAMENTAL THERAPY OF CHRONIC DERMATOSES (REVIEW OF LITERATURE)50
2. Radionov D.V., Radionov V.G. OZONE THERAPY AS ONE OF THE METHODS IN COMPLEX TREATMENT OF TRUE SERORESISTANCE54
3. Rudenko I.V. LIGHT THERAPY PLUS GOLD PROPORTION62

**CLINICAL CASE,
OBSERVATIONS FROM PRACTICE**

1. Avsyankina T.I. MELANOMA (A CLINICAL CASE IN THE PRACTICE OF A DERMATOVENEREOLOGIST)68
2. Korchak I. V., Korchak A. I. DERMATOLOGICAL INDICES IN ASSESSING THE SEVERITY OF ACNE71
3. Provision L.N., Gusak O.S., Shvareva T.I., Palvonov S.A. SYNDROME OF LINING (OTDING) SKIN75
4. I.R.Takhtashov CASE OF SYPHILITIME LESION OF THE STOMACH80

COSMETOLOGY

1. Shai A.M. AUTHOR'S CORRECTION METHOD OF THE ANGLE OF THE LOWER JAW83
2. Shelekhov S.Yu. INTEGRAL APPROACH TO THE MANAGEMENT OF FACIAL EXPRESSIONS WITH THE HELP OF BOTULINUM TOXIN TYPE A87

ОТ РЕДАКЦИИ

Глубокоуважаемые коллеги, дорогие друзья!

Вы держите в руках пятнадцатый выпуск нашего научно-практического издания «Торсуевские чтения», первый номер которого был издан в 1999г. и приурочен к I Национальному Конгрессу по дерматокосметологии и эстетической медицине. На протяжении прошедших 17 лет мы старались представлять вам последние достижения и актуальные проблемы в дерматологии, венерологии, медицинской косметологии и эстетической медицины.

Отличительной особенностью нашего издания является междисциплинарный и интегральный подход к решению многих вопросов дерматовенерологии, привлечение специалистов разного профиля к освещению актуальных проблем на стыке специальностей.

Отдельно хотим отметить важный и перспективный момент нашей работы – эстетическая медицина и междисциплинарное взаимодействие при решении возрастных и эстетических проблем с учетом пола, возраста, соматического состояния здоровья и личностных особенностей пациентов. Эстетическая медицина позволяет реализовать профилактическую направленность клинической медицины, а действенный результат терапевтических и хирургических вмешательств - мотивировать пациента к выполнению рекомендаций врача.

Этот год для нас особый. Приказом Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики (№551 от 25 мая 2017 г.) научно-практический журнал по дерматовенерологии «Торсуевские чтения» включен в Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата и доктора наук.

Мы искренне надеемся, что представленные в номере оригинальные исследования, обзоры, наблюдения из практики и описания клинических случаев будут полезны для практикующих специалистов, повышать их профессиональную компетентность и успешность медицинской деятельности.



С уважением,
главный редактор журнала
«Торсуевские чтения»,
доктор медицинских наук, профессор

Т.В. Проценко

Давлеева М.Д., Иванова И.П.

ВОЗМОЖНОСТИ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТЫХ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме

Цель исследования — оценить эффективность лечения эрозивно-язвенных заболеваний слизистой с использованием локальной фотодинамической терапии.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 30 больных с различными эрозивно-язвенными поражениями слизистой. Фотодинамическую терапию проводили с помощью лазера “Fotosun”. Эффективность лечения оценивалась визуально и микроскопически на 2е, 6-7е и 10е сутки после окончания локальной фотодинамической терапии.

Результаты и их обсуждение. Среднее количество процедур составляло 2 ± 1.0 , средняя продолжительность лечения 24-48 часов. Положительные результаты достигнуты у 93,3% больных, получавших локальную фотодинамическую терапию; у пациентов, пролеченных общепринятыми методами терапии, эффективные результаты достигнуты лишь у 65% пациентов.

Выводы. На основании анализов результатов лечения можно сделать вывод о высокой эффективности локальной фотодинамической терапии эрозивно-язвенных поражений слизистых.

Ключевые слова: эрозивно-язвенные заболевания слизистой, фотодинамическая терапия.

Заболевания слизистой оболочки полости рта (СОПР) одна из актуальных, сложных и нерешенных проблем стоматологии. Эрозивно-язвенные поражения слизистой полости рта - это поражения, объединенные по морфологическому признаку и представлены эрозиями, язвами, афтами [1, 10, 13]. По данным эпидемиологических исследований распространенность эрозивно-язвенных поражений слизистой полости рта составляет 0,5-39,9% среди населения мира [1, 3, 13]. Они сопровождаются выраженным болевым синдромом, затруднениями при общении и приеме пищи, частыми рецидивами и значительным снижением качества жизни пациента. В некоторых случаях происходит малигнизация очагов поражения [1, 10].

В последние годы отмечается значительный рост числа пациентов красным плоским лишаем (КПЛ) с изолированным поражением слизистой оболочки рта и губ, увеличилась частота рецидивирования данной патологии с развитием тяжелых эрозивно-язвенных пора-

жений, наблюдается значительное увеличение случаев эрозивно-язвенных поражений слизистой у больных с простым герпесом, вульгарной пузырчаткой, полиморфной экссудативной эритемой, кандидозом [1,13].

В настоящее время при лечении данных патологий применяются разнообразные фармакологические препараты: антибиотики, противовирусные препараты, антиоксиданты, иммуномодуляторы. Трудности лечения заболеваний СОПР связаны с целым рядом причин, наиболее значимыми из которых является возрастающая антибиотикорезистентность, снижение механизма общего и местного иммунитета. Согласно современным требованиям препараты для местного лечения эрозивно-язвенных поражений должны оказывать клиническое воздействие на составляющие раневого процесса [1, 9, 10].

Результаты клинико-экспериментальных исследований показали, что при эрозивно-язвенных поражениях, не зависимо от причин их возникновения, в слизистой ротовой полости

наблюдаются выраженные структурные и метаболические изменения [9, 10, 13]. В большинстве случаев лечение требует большой настойчивости от врача, терпения от больных. Терапия отличается длительностью, недостаточной эффективностью и приводит к развитию целого ряда побочных эффектов. Решение этой проблемы возможно путем разработки новых, адекватных методов патогенетической терапии.

В последние годы в хирургии, дерматологии, стоматологии при лечении заболеваний широко применяется фотодинамическая терапия (ФДТ), как альтернатива антибактериальным, противовоспалительным средствам при лечении гнойных ран, заболеваний пародонта, эрозивно-язвенных поражений слизистых полости рта, а так же в лечении кариеса, периодонтитов. [2, 4, 5, 8, 11]. В теоретическом и практическом аспекте метод ФДТ представляется вполне обоснованным и перспективным для лечения больных, который оказывает влияние на метаболические процессы в организме, обладает противовоспалительными и регенераторными свойствами [2, 3, 6, 9, 12].

Основу ФДТ составляет способность некоторых химических препаратов, называемых фотосенсибилизаторами избирательно накапливаться в патологических тканях и под воздействием светового излучения определенной длины волны [в полосе активного поглощения] в присутствии кислорода сенсибилизировать биологические ткани к излучению и вызывать фотохимические реакции с развитием двух феноменов — флуоресценции и избирательного разрушения [3, 7, 9]. При облучении сенсибилизированной ткани молекула фотосенсибилизатора поглотив квант излучения переходит в возбужденное состояние, а затем вступает в сложные фотохимические реакции [4, 5, 9, 11, 12]. В результате этих реакций происходит окисление и деструкция мембранных структур ядерного аппарата патологических клеток и как следствие, их гибель. Ключевая роль при ФДТ принадлежит способности фотосенсибилизатора локализоваться преимущественно в клетках-мишенях, что приводит к их повреждению при активации светом и сводит к минимуму сопутствующие поражения окружающих здоровых клеток [5, 6, 7]. Доказано, что метод ФДТ

в равной степени губителен для вирусов, бактерий, грибов, простейших, при этом развитие микробной устойчивости практически исключено. Эффективность лечения не зависит от спектра чувствительности микроорганизмов к антибактериальным противовирусным и противогрибковым препаратам, поскольку повреждающее действие фотохимического процесса обусловлено свободнорадикальными реакциями. Лечебное [бактерицидное] действие носит локальный характер и лимитируется зоной лазерного облучения сенсибилизированных тканей при сохранении нормальной микрофлоры в зонах, не подлежащих воздействию [4, 9, 11].

ФДТ проводимое в области длительно незаживающих ран, эрозий, язв ведет к улучшению кровотока в микрососудах, уменьшению отека, снижению сосудистого сопротивления, образованию капиллярной сети в зоне повреждений микрососудов и бессосудистых участков тканей, последовательному сокращению продолжительности всех фаз заживления длительно незаживающих язв, эрозий и ран [5, 6, 7, 8, 11]. По данным клинических и биохимических исследований ФДТ купирует воспалительный процесс при эрозивно-язвенных поражениях слизистой полости рта, способствует очищению очагов поражения от продуктов тканевого распада, уменьшению содержания в пораженных участках медиаторов воспаления, снижению продукции и выработки цитокинов, восстановлению угнетенных ранее репаративных процессов, приводящих к регенерации восстановления эпителия слизистой [1, 3, 6, 7].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить эффективность лечения эрозивно-язвенных заболеваний слизистой с использованием локальной ФДТ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находилось 50 больных в т.ч. мужчин – 28 (56%), женщин – 22 (44%), в возрасте от 17 до 53 лет с разнообразными эрозивно-язвенными поражениями слизистой: с хроническим афтозным стоматитом — 25 (50%) пациентов, с красным плоским лишаем — 10 (20%), с герпетическим стоматитом — 15 (30%) (табл.1).

Таблица 1

Распределение больных с различными поражениями слизистых (основная и контрольная группа)

Контрольная группа			Опытная группа		
Афтозный стоматит	КПЛ*	Герпетический стоматит	Афтозный стоматит	КПЛ*	Герпетический стоматит
10 (50%)	5 (25%)	5 (25%)	15 (50%)	5 (16,7%)	10 (33,3%)

*КПЛ – красный плоский лишай

Таблица 2

Распределение пациентов с различными поражениями слизистых по результатам проведенного лечения (полная эпителизация дефектов)

Контрольная группа			Опытная группа		
Афтозный стоматит	КПЛ*	Герпетический стоматит	Афтозный стоматит	КПЛ*	Герпетический стоматит
8 (40%)	1 (5%)	4 (20%)	14 (46,7%)	4 (13,3%)	10 (33,3%)

*КПЛ – красный плоский лишай

Все пациенты были разделены на 2 группы: 1) контрольная группа составляла 20 пациентов в т.ч. с хроническим афтозным стоматитом 10 (50%), с эрозивно-язвенной формой КПЛ — 5 (25%), с герпетическим стоматитом — 5 (25%). В контрольной группе пациентам проводилась общепринятая терапия: антимикробная и противовирусная терапия, антиоксиданты, иммуностимуляторы. 2) основная группа составляла 30 пациентов, из них 15 (50%) с афтозным стоматитом, 5 (16,7%) – с эрозивно-язвенной формой КПЛ и 10 (33,3%) – с герпетическим стоматитом. Больным основной группы проводилась ФДТ с использованием в качестве источника излучения аппарат «Fotosan» с длиной волны 635 нм и локального фотосенсибилизатора: раствора толуидинового синего — 0,1 мг/мл. Пораженную поверхность слизистой обрабатывали раствором фотосенсибилизатора, в дальнейшем к данному участку подводили наконечник световода аппарата «Fotosan», который обеспечивал получение на поверхности слизистой пятна лазерного излучения, диаметром до 0,5см. Время экспозиции занимало 30-60сек. После проведения процедуры, обработанные участки промывали большим количеством стерильной воды. Количество процедур составляло от 1 до 3 с интер-

валом 24 часа, в зависимости от тяжести патологического процесса. Полученные результаты обработаны статистически.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У всех пациентов основной группы на 2е сутки после начала лечения отмечалось значительное улучшение: уменьшались болевые ощущения, отек, сокращались края эрозивно-язвенных дефектов и в дальнейшем воспалительные явления были купированы на 3-5е сутки. На 6-7е сутки поверхность эрозивно-язвенных дефектов полностью очищалась от налета, площадь поражений сокращалась примерно на 1/3. На 10е сутки у 28 (93,3%) из 30 пациентов основной группы отмечалась полная эпителизация эрозивно-язвенных процессов, полностью отсутствовали явления эксудации (табл.2). У пациентов контрольной группы отмечалась значительно более медленная динамика патологического процесса: на 3-5е сутки еще сохранялись явления воспаления, болезненности, отсутствовала тенденция к эпителизации дефекта. На 10е сутки сохранялись выраженные эффекты воспаления, болевые ощущения и отмечались начальные явления эпителизации дефекта. Полная эпителизация пораженных участков наступала на 20е сутки и только у 13 (65%) из 20 пациентов.

ВЫВОДЫ

Таким образом, ФДТ, по результатам проведенного исследования, показала высокую эффективность в лечении длительно незаживающих эрозий и язв СОПР различного генеза. Положи-

тельными сторонами являются также безболезненность и хорошая переносимость лечения. Метод ФДТ может быть рекомендован для лечения эрозивно-язвенных заболеваний полости рта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дедова Л. Н., Федорова И. Н. Систематизация эрозивно-язвенных поражений слизистой полости рта // *Стоматолог*. - 2011. - №3. - С.44-47.
2. Гейниц А. В., Баум Р. Ф., Зарецкий А. М. Фотодинамическая терапия в лечебной практике // *Лечащий врач*. - 2005. - №2. - С.74-75.
3. Орехова Л. Ю., Луевенко А. А., Пушкарев О. А. Фотодинамическая терапия в клинике терапевтической стоматологии // *Клиническая стоматология*. - 2009. - №1. - С.26-30.
4. Салин Р. М., Стацько А. А., Жук И. Г., Брагов М. Ю. Основные направления фотодинамической терапии в медицине // *Новости хирургии*. - 2008. - №3. - С.155-162.
5. Странадо С. Ф. Исторический очерк развития фотодинамической терапии // *Лазерная медицина*. - 2002. - Т.6. - Вып.1. - С.4-8.
6. Толстых П. И., Корабьев У. Н., Шихтер А. Б., Толстых М. П. Экспериментальное изучение влияния фотодинамической терапии на заживление гнойных ран // *Лазерная медицина*. - 2001. - Т.5. - Вып.2. - С.8-13.
7. Фотодинамическая терапия / Под ред. М.П. Голдмана: ред. сер. Дж. С. Догвер при участии М. Алама; пер. с англ. под общ. ред. В. А. Виссарионова. - Москва, 2011. - С.25-92.
8. George P., Tegos, Michael R., Hamblin. Phenothiazinium Antimicrobial Photosensitizers are substrates of Bacterial Multidrug Resistance Pump // *Antimicrob Agents Chemother*. - 2006. - Vol.50, №1. - P.196-203.
9. Hamblin M. R., Hasan T. Photodynamic therapy: a new antimicrobial approach to infectious diseases // *Photochem. Photobiol.Sci*. - 2004. - Vol.3. - P.436-450.
10. Jay S., Cohen T. Treatments for aphthous stomatitis and for antilotic-related glossitis // *British Medical Journal*. - 2001. - V.76. - №5. - P.548-556.
11. Maish T., Bosl C., Szeimies. Antibacterial Photodynamic therapy. A new treatment for bacterial skin diseases // *Hautarzt*. - 2005. - Vol.56. - №11. - P.1048-1055.
12. Malik Z., Ladan H., Nitzan J., Smetana L. Antimicrobial and antiviral activity of porphyrin photosensitization in Photodynamic therapy of cancer. G. Gori, J. Mocu, W. Stat // *Pro. SPIE*. 2078. - 1994. - P.305-312.
13. Zain A. B. Oral recurrent aphthous stomatitis: Prevalence in Malaysia and an epidemiological update // *J. Oral Science*. - 2001. - Vol. 42. - P 15-19.

Davlyeyeva M.D., Ivanova I.P.

POSSIBILITIES OF PHOTODYNAMIC THERAPY IN TREATMENT OF EROSION-ULCEROUS DISEASES OF MUCOS

Donetsk National Medical University named n. M.Gorky

Summary

The purpose of research was to evaluate the effectiveness of treatment of erosive and ulcerative diseases of the mucosa using local photodynamic therapy.

Materials and methods. Under observation were 30 patients with various erosive-ulcerative lesions of the mucosa. The effectiveness of the treatment was assessed visually, microscopically on the 2nd, 6-7th and 10th day after the end of the local photodynamic therapy. The data obtained are processed statistically.

Results and its discussion. The average number of transactions was 2 + - 1.0. The average duration of treatment is 24-48 hours. When assessing the results, positive results were achieved in 93.3% of patients receiving local photodynamic therapy in patients treated with conventional therapies, effective results were achieved only in 65% of patients.

Conclusions. Based on the analysis of the results of treatment, it can be concluded that the local photodynamic therapy is highly effective in erosive-ulcerative lesions of mucous membranes.

Key words: erosive-ulcerative diseases of the mucosa, photodynamic therapy.

Заблоцкая А.Г.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТФОРМИНА И УЗКОПОЛОСНОЙ ФОТОТЕРАПИИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме

Цель работы – оценить эффективность разработанного подхода к лечению больных псориазом с избыточной массой тела с использованием узкополосной фототерапии и метформина.

Материал и методы. Под наблюдением находились 90 больных псориазом с избыточной массой тела, в возрасте от 18 до 58 лет и с давностью заболевания от 3 до 18 лет, в том числе 32 мужчин и 58 женщин. Всем пациентам проводили дерматологический осмотр с определением состояния кожи, степени выраженности симптомов болезни по системе PASI. В зависимости от метода лечения больные были разделены на 3 группы: первая группа (48 чел.), комплексная терапия которых, наряду с традиционной, включала узкополосную фототерапию и метформин; вторая группа (32 чел.), получавших традиционную терапию в сочетании с узкополосной фототерапией и третья группа (40 чел.), получавших традиционную терапию в сочетании с метформином. Все три группы были репрезентативны по основным сравниваемым параметрам. Узкополосную фототерапию проводили с использованием аппарата «GH-8ST» (Германия), в режиме 3-4 процедуры в неделю, на курс 18-24 процедур. Мощность воздействия: стартовая доза - 0,231 Дж/см², каждая последующая процедура сопровождалась увеличением дозы на 0,2-0,4 до суммарной дозы - 1,367 Дж/см². Метформин назначали в дозе 1000 мг 1 раз в сутки вечером в течение 3 месяцев. Эффективность лечения оценивали по анализу ближайших и отдаленных результатов лечения в течение 3 лет наблюдения..

Результаты. При анализе особенностей течения псориаза установлено преобладание больных со средне-тяжелым псориазом – 63 (70%), в т.ч. 28 (53,3%) больных в первой группе, 16 (50%) – во второй, 19 (63,3%) – в третьей. Переносимость лечения у всех больных удовлетворительная. Полная ремиссия в конце курса лечения достигнута у 27 (56,3%) больных основной группы, у 14 (43,8%) больных во второй группе и у 19 (47,5%) – в третьей группе. Ремиссия более 2-х лет установлена у 28 (58,3%) больных первой группы, у 17 (53,1%) пациентов второй группы и лишь у 15 (37,50%) – в третьей группе.

Выводы. применение в комплексной терапии псориаза у лиц с избыточной массой тела узкополосной фототерапии и метформина хорошо переносится, обеспечивает более выраженный терапевтический эффект и большую продолжительность ремиссии (свыше 2-х лет) у 58,3% больных.

Ключевые слова: псориаз, лечение, фототерапия, метформин.

Достижения последних десятилетий в изучении патогенеза псориаза позволили разработать стандарты и протоколы лечения дерматоза с использованием болезнью-модифицирующих терапевтических воздействий, к которым относят узкополосную фототерапию, супрессивную системную (метотрексат) и наружную (топические ингибиторы кальцинев-

рина, топические кортикостероиды) терапию и др. [3, 7]. В то же время «соматический профиль» современного пациента, отягощенный наследственной предрасположенностью, имеющимися или перенесенными заболеваниями, наличием коморбидных заболеваний и преморбидных состояний, к которым относят и метаболические нарушения, требует индиви-

дуализации терапевтических подходов [4, 5]. Проведенными ранее исследованиями были показаны особенности клиники и течения псориаза у больных с избыточной массой тела [1, 2, 6].

В связи с этим **целью** работы было оценить эффективность разработанного подхода к лечению больных псориазом с избыточной массой тела с использованием узкополосной фототерапии и метформина.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находились 90 больных псориазом с избыточной массой тела, в возрасте от 18 до 58 лет и с давностью заболевания от 3 до 18 лет, в том числе 32 мужчин и 58 женщин.

Всем пациентам проводили дерматологический осмотр с определением состояния кожи, степени выраженности симптомов болезни по системе PASI. Интенсивность признаков оценивали в баллах от 0 до 3, где 0 – отсутствие симптома, 1 балл – слабо выраженный, 2 балла – умеренно выраженный, 3 балла – сильно выраженный признак. Легкое течение псориаза расценивали при сумме баллов до 10, средне-тяжелое – от 10 до 20 баллов, тяжелое – свыше 20 баллов.

Пациенты были обследованы по общепринятым рекомендациям с определением общего анализа крови развернутого, билирубина, трансаминаз, глюкозы, С-реактивного белка, ревмопроб, креатинина, общего анализа мочи, УЗИ щитовидной железы, органов малого таза и брюшной полости.

В зависимости от метода лечения больные псориазом были разделены на 3 терапевтические группы: первая группа - основная (48 чел.), комплексная терапия которых, наряду с традиционной, включала узкополосную фототерапию и метформин, и 2 группы сравнения: вторая группа (32 чел.), получавших традиционную терапию в сочетании с узкополосной фототерапией и третья группа (40 чел), получавших традиционную терапию в сочетании с метформином. Все три группы были репрезентативны по основным сравниваемым параметрам.

Традиционная терапия включала седативные, вазоактивные препараты, гепатопротекторы,

наружную противовоспалительную и рассасывающую терапию в соответствии с клиническими рекомендациями [3].

Узкополосную фототерапию проводили с использованием аппарата «GH-8ST» (Германия), в режиме 3-4 процедуры в неделю, на курс 18-24 процедур. Мощность воздействия: стартовая доза - 0.231 Дж/см², каждая последующая процедура сопровождалась увеличением дозы на 0,2-0,4 до суммарной дозы - 1.367 Дж/см².

Метформин назначали в дозе 1000 мг 1 раз в сутки вечером в течение 3 месяцев.

Эффективность предложенного метода оценивали по анализу ближайших и отдаленных результатов лечения (наличие и количество рецидивов в течение 3 лет наблюдения).

Полученные результаты обрабатывали статистическими методами по общепринятым программам с помощью персонального компьютера.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе особенностей течения псориаза установлено, что в наших наблюдениях преобладали больные со средне-тяжелым псориазом (индекс PASI выше 10) – 63 (70%), в том числе 28 (53,3%) больных в первой группе, 16 (50%) – во второй, 19 (63,3%) – в третьей.

Высыпания у всех пациентов были в типичных местах с поражением разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, туловища, представлены ярко-розового цвета папулами и бляшками до 10-15 см в диаметре, плотноватой консистенции с выраженным асбестовидным или мелкопластинчатым шелушением в центральной части очагов и эритематозным венчиком по периферии большей части элементов.

При анализе особенностей локализации клинических проявлений псориаза в группах сравнения существенных различий не отмечено. Так, поражение волосистой части головы, являющееся одним из предикторов тяжести течения дерматоза и выявленное у 24 (26,7%) больных, поражение крупных складок (паховых, подмышечных, ягодичной) – у 48 (53,3%). Псориатический артрит установлен у 16 (17,8%) больных.

Таблица 1

Ближайшие результаты лечения у больных псориазом в группах сравнения

Результат/ Группы сравнения	Первая, абс/%, N= 48	Вторая, абс/%, N= 32	Третья, абс/%, N= 40
Полная клиническая ремиссия	27/56,3	14/43,8	19/47,5
Значительное улучшение	13/27,1	11/34,4	14/35,0
Улучшение	8/16,6	7/21,8	7/17,5

Таблица 2

Отдаленные результаты лечения больных псориазом в группах сравнения

Продолжительность ремиссии/ Группы сравнения	Первая, абс/%, N= 48	Вторая, абс/%, N= 32	Третья, абс/%, N= 40
До 1 года	4/8,3	6/18,8	9/22,50
1-2 года	16/33,3	9/28,1	16/40,0
Более 2 лет	28/58,3	17/53,1	15/37,5

Переносимость лечения у всех больных была удовлетворительной. Мониторинг общеклинических анализов не выявил изменений со стороны формулы крови или биохимических показателей у наблюдаемых пациентов в процессе лечения.

Проведенный анализ ближайших и отдаленных результатов показал преимущество сочетанного использования узкополосной фототерапии и метформина в комплексном лечении больных псориазом с избыточной массой тела (табл.1; табл.2). Так, полная ремиссия в конце курса лечения достигнута у 27 (56,3%) больных псориазом основной группы и лишь у 14 (43,8%) больных во второй группе и у 19 (47,5%) – в третьей группе.

Однако наиболее значимые отличия отмечены при анализе отдаленных результатов лечения (табл.2). Так, ремиссия менее 1 года была у 9 (22,5%) больных третьей группы, у 6 (18,8%) пациентов второй группы и лишь у 4 (8,3%) больных основной группы, комплексная терапия которых включала сочетанное применение узкополосной фототерапии и метформина. Ремиссия более 2-х лет установлена у 28 (58,3%) больных первой

группы, у 17 (53,1%) пациентов второй группы и лишь у 15 (37,50%) – в третьей группе сравнения.

Обращало внимание, что ежегодные рецидивы были реже у больных псориазом, комплексная терапия которых включала прием метформина.

Таким образом, применение в комплексной терапии псориаза узкополосной фототерапии в сочетании с метформином хорошо переносится больными и обеспечивает более выраженный терапевтический эффект и большую продолжительность ремиссии.

ВЫВОДЫ

1. Разработанный комплексный метод лечения больных псориазом с избыточной массой тела, включающий, наряду с традиционной, узкополосную фототерапию и метформин, отличается хорошей переносимостью и высокой эффективностью.

2. Внедрение разработанного метода лечения больных псориазом с избыточной массой тела обеспечивает достижение полной клинической ремиссии у 56,3% больных и может быть использован в амбулаторной практике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Жукова Н.В. Патогенетична терапія хворих на розповсюджений псоріаз шляхом корекції індикаторних показників метаболічних процесів: автореф. дис. к. мед.н. – Харків, 2014. – 19 с.
2. Заблоцкая А.Г. Особенности метаболических нарушений у больных псориазом с избыточной массой тела. – Сборник научно-практических работ «Торсуевские чтения». – Вып.10. – Донецк, 2015. – С. 27 – 30.
3. Клинические рекомендации. Дерматовенерология /Под ред. А.А. Кубановой. – М.: ДЭКС-Пресс, 2007. – С. 143-153.
4. Кочергин Н., Смирнова Л., Потеев Н. Псориаз: коморбидность и комедикация //Врач. – 2009. - № 5. – С.15 - 20.
5. Повханиць-Грицяк Т.М. Обґрунтування індивідуального підходу до терапії хворих на псоріаз на підставі визначення молекулярно-генетичних показників (поліморфізму генів TNF- α та MTHFR): автореф. дис. к. мед.н. – Київ, 2017. – 17 с.
6. Проценко Т.В., Черновол А.С., Заблоцкая А.Г. Некоторые особенности обменных нарушений у больных хроническими дерматозами. – Сборник научно-практических работ «Торсуевские чтения». – Вып.13. – Донецк, 2016. – С. 34 – 41.
7. Fouere S., Adjadj L., Pawin H. How patients experience psoriasis: results from a European survey// JEADV. – 2005. – Vol. 19, N 3. – P. 2-6.

Zablotska A.G.

OPTIMISATION OF TREATMENT OF PSORIASIS IN PATIENTS WITH CHRONIC VIRUS INFECTIONS

Donetsk National Medical University named n. M.Gorky

Summary

The purpose is to appreciate the effectiveness of the developed approach to the treatment of patients with excessive body weight of psoriasis using narrow-band phototherapy and metformin.

Materials and methods. 0 patients with psoriasis with excess weight, aged 18 to 58 years and with a disease duration from 3 to 18 years old, including 32 men and 58 women, were monitored. All patients underwent a dermatological examination with a determination of the skin condition, the severity of the symptoms of the disease using the PASI system. Depending on the method of treatment, the patients were divided into 3 groups: the first group (48 people), the complex therapy of which, along with the traditional, included narrow-band phototherapy and metformin; the second group (32 people) who received traditional therapy in combination with narrow-band phototherapy and the third group (40 people) who received traditional therapy in combination with metformin. All three groups were representative of the main parameters compared. Narrowband phototherapy was performed using the apparatus «GH-8ST» (Germany), in the regime of 3-4 procedures per week, for a course of 18-24 procedures. Impact power: the starting dose was 0.231 J / cm², each subsequent procedure was accompanied by an increase in the dose by 0.2-0.4 to the total dose of 1.367 J / cm². Metformin was prescribed in a dose of 1000 mg once a day in the evening for 3 months. The effectiveness of the treatment was assessed by analyzing the immediate and long-term results of treatment for 3 years of follow-up.

Results. When analyzing the features of the course of psoriasis, the prevalence of patients with moderate-to-moderate psoriasis was established - 63 (70%), incl. 28 (53.3%) patients in the first group, 16 (50%) in the second group, 19 (63.3%) in the third group. The tolerability of treatment in all patients is satisfactory. Complete remission at the end of the course of treatment was achieved in 27 (56.3%) patients in the main group, 14 (43.8%) in the second group and 19 (47.5%) in the third group. Remission for more than 2 years was established in 28 (58.3%) patients of the first group, in 17 (53.1%) patients of the second group and only 15 (37.50%) in the third group.

Conclusions. Using in complex therapy of psoriasis in persons with overweight of narrow-band phototherapy and metformin is well tolerated, provides a more pronounced therapeutic effect and a longer duration of remission (over 2 years) in 58.3% of patients.

Key words: psoriasis, treatment, phototherapy, metformin.

Мехова Г. А., Проценко О.А., Мехова Л.С., Проценко О.И.

ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ ДЕВУШЕК НА ЭСТЕТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме

Цель работы – изучить осведомленность девушек о влиянии образа жизни и поведенческих реакций на их эстетическое здоровье.

Материал и методы исследования. Опрошены 103 девушки Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького в возрасте от 16 до 22 лет с помощью анонимных анкет, посвященных субъективному отношению к своему здоровью.

Результаты. Показано, что у 38,8 % студенток отмечен дефицит массы тела. У 92,2% опрошенных менархе был в возрасте 12-14 лет, нарушения менструального цикла – у 42,7%, у 66% студенток было ухудшение состояния кожи, связанное с менструальным циклом. 65 % девушек не желали обращаться за помощью к дерматологу, а предпочитали справляться с кожной проблемой самостоятельно; 40,7 % девушек прибегала к декоративной косметике для коррекции эстетических проблем. Неудовлетворенность состоянием своего здоровья отмечали 78,6% студенток и только 11,6% считали себя здоровыми и сильными. 30% опрошенных страдали хроническими заболеваниями, в том числе сердечно-сосудистой системы (15,5%), эндокринной патологией (4,8%), гинекологическими заболеваниями (2,9%). Отмечена низкая осведомленность опрошенных девушек об инфекциях, передающихся половым путем. Слышали только о ВИЧ, не имея представления о гонорее и сифилисе 64% девушек. Уже в 13-15 летнем возрасте девушки начинали периодически употреблять алкоголь (81,5%) и курить (5,8%). При желании хорошо выглядеть, у 75,7% девушек отмечено отсутствие интереса к физическим нагрузкам и занятиям в спортивных секциях, 70,8% студенток ссылались на отсутствие времени для спорта.

Выводы. Выявлено несоответствие между потребностью девушек в хорошем здоровье и усилиями, направленными на его сохранение и укрепление, что обосновывает необходимость последовательной информационно-образовательной работы по формированию здорового образа жизни и положительных поведенческих реакций у молодежи.

Ключевые слова: эстетическое здоровье, образ жизни, девушки.

В последние десятилетия возрастает озабоченность в отношении последствий, связанных с нездоровым образом жизни детей, подростков и молодежи. Здоровье доминирует в структуре ценностей студентов, являясь при этом лишь целью для достижения социального статуса, материального благополучия и счастливой семейной жизни [2].

Эстетические проблемы кожи, волос и ногтей могут быть первыми проявлениями нарушений соматического здоровья, в том

числе репродуктивного здоровья будущих матерей. Желание сохранить красивую кожу может быть мощным мотивирующим фактором для изменения поведенческих реакций и последующего сохранения и укрепления соматического, в том числе и репродуктивного здоровья [10].

Проводимые ранее исследования по оценке поведения студентов медицинских вузов показали противоречия между декларируемыми ценностями и реальными поведен-

ческими стратегиями. Отношение к здоровью как социальной ценности и здоровый образ жизни являются важными компонентами общей и профессиональной культуры будущих специалистов, отсутствие которых опасно для физического, интеллектуального и нравственного потенциала молодежи [8, 11].

Доказано, что здоровье на 50-60% зависит от образа жизни человека, в том числе рационального питания, режима труда и отдыха, двигательной активности, отказа от вредных привычек, своевременного выявления и лечения соматической патологии [6].

Известно, что регулярное употребление химических веществ, входящих в состав алкогольных напитков, табака, наркотиков, лекарственных препаратов и т.д., может вызывать нарушения в геноме, как на генетическом, так и на эпигенетическом уровнях. Эпигенетические изменения, не влияющие на молекулу ДНК, приводят к нарушению экспрессии генов и дисфункции метаболизма. Различная химическая зависимость накладывает эпигенетический отпечаток на генеративные клетки, что в последующем повышает риск развития диабета и других метаболических расстройств, сердечно-сосудистых заболеваний, иммунологических или неврологических нарушений [7].

В связи с этим актуальным является изучение осведомленности молодежи о влиянии поведенческих реакций на состояние здоровья и его внешних, в т. ч. эстетических проявлений.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить осведомленность девушек о влиянии образа жизни и поведенческих реакций на их эстетическое здоровье.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Опрошены 103 студентки Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького (ДонНМУ) в возрасте от 16 до 22 лет методом закрытого анкетирования. Анкета содержала 46 вопросов, касающихся антропометрических данных (рост, вес, обхват запястья и др.), субъективной оценки девушками своего здоровья (наличие хронических

заболеваний, эстетических проблем на коже, их связь с менструальными кровотечениями, регулярность и болезненность менструаций, менархе и др.), субъективного отношения к своему здоровью (осведомленность об инфекциях, передающихся половым путем, значении гинеколога, маммолога, эндокринолога, вредности курения и алкоголя) и образа жизни. Результаты исследования обработаны на персональном компьютере статистическими методами по стандартным программам.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе результатов анкетирования выявлены расхождения между желанием девушек быть здоровыми и конкретными действиями, направленными на укрепление здоровья.

Анализ антропометрических данных студенток ДонНМУ им. М. Горького показал, что нормальная масса тела была лишь у 59 (57,3%) обследованных, дефицит массы тела выявлен у каждой третьей – у 40 (38,8%) (табл.1). Наличие девушек с низкой массой тела объясняется тем, что в период полового созревания девочки обычно прибавляют в весе. Это идет в разрез с навязанным стереотипом идеальной фигуры средствами массовой информации. Для сдерживания прибавки массы тела девушки прибегают к пропуску завтраков и различным несбалансированным диетам, ведущим к истощению и даже кахексии [5]. Постоянно следили за массой тела, считая, что это важно для здоровья только 33 (32%) девушки.

Известно, что на реализацию женской репродуктивной функции влияет как ожирение, так и дефицит массы тела (ДМТ), частота которого, по данным различных авторов, достигает 15–20% [4, 5]. Низкая масса тела у женщин репродуктивного возраста традиционно расценивается как биологический маркер соматического и репродуктивного неблагополучия, приводящий к целому ряду гинекологических заболеваний, в том числе сексуальной дисфункции и расстройству менструального цикла [9].

Менархе в возрасте 12-14 лет отмечено у большинства опрошенных студенток – 92

Таблица 1

Ближайшие результаты лечения у больных псориазом в группах сравнения

Показатель	Число опрошенных девушек, n = 103, абс. (%)
Нормальная масса тела	59 (57,3)
Дефицит массы тела	40 (38,8)
Избыточная масса тела	2 (1,9)
Ожирение 1 степени	2 (1,9)
Менархе в 12-14 лет	95 (92,2)
Болезненные менструации	25 (24,2)
Нерегулярный цикл менструальных кровотечений	4 (3,8)
Иногда отмечаются сбои в цикле менструальных кровотечений	44 (42,7)
Ухудшение состояния кожи во время менструальных кровотечений	68 (66)

Таблица 2

Субъективная оценка студентками собственного здоровья

Вопрос	Число опрошенных девушек, n = 103, абс. (%)
Считают себя здоровыми и сильными	10 (9,7)
Считают себя здоровыми, но не очень сильными	12 (11,6)
Девушки, которые не удовлетворены своим здоровьем	81 (78,6)
Наличие хронических заболеваний	31 (30)
Заболевания сердечно-сосудистой системы	16 (15,5)
Заболевания эндокринной системы	5 (4,8)
Заболевания репродуктивной системы	3 (2,9)

(92,2%), при этом, нарушения менструально-го цикла были у каждой второй девушки – 44 (42,7%), более половины опрошенных студенток – 68 (66%) наблюдали ухудшение состояния кожи, связанное с менструальным циклом. При этом отмечено нежелание девушек обращаться за помощью к дерматологу – 67 (65%) студенток предпочитали справляться с кожной проблемой самостоятельно. 42

(40,7%) девушки прибегали к декоративной косметике для коррекции эстетических проблем.

Доказано, что своевременные профилактические осмотры предотвращают развитие хронической патологии репродуктивной системы женщин [1, 3].

Однако у студенток наблюдалась низкая осведомленность о целесообразности

Таблица 3

Субъективное отношение студенток к собственному здоровью

Вопрос	Число опрошенных девушек, n = 103, абс. (%)
Постоянно следят за массой тела	33 (32)
Отсутствие интереса к физическим нагрузкам и занятиям в спортивных секциях	78 (75,7)
Отсутствие времени для занятий спортом	73 (70,8)
Осведомленность о целесообразности посещения гинеколога	25 (24,2)
Осведомленность о целесообразности посещения маммолога	50 (48,5)
Осведомленность об инфекциях, передающихся половым путем (знают только о ВИЧ)	66 (64)
Употребление алкоголя по особым случаям	84 (81,5)
Осведомленность девушек о негативном влиянии алкоголя на репродуктивную функцию	103 (100)
Курение	6 (5,8)
Осведомленность курящих девушек о негативном влиянии никотина на репродуктивную функцию	6 (5,8)

профилактических осмотров и роли узких специалистов в предупредительной медицине. Почти треть опрошенных девушек – 31 (30%) имели отклонения в здоровье, страдали хроническими заболеваниями. Неудовлетворенность состоянием своего здоровья (головные боли, боли в спине и ногах) отмечала 81 (78,6%) студентка и только 12 (11,6%) считали себя здоровыми и сильными (табл. 2).

В структуре заболеваемости преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы – у 16 (15,5%) девушек и эндокринная патология – у 5 (4,8%) респондентов. Несмотря на имеющиеся изменения со стороны репродуктивной системы, гинекологические заболевания отмечали у себя лишь 3 (2,9%) студентки.

Несмотря на то, что опрос проводился среди студенток медицинского университета, лишь 25 (24,2%) девушек были осведомлены о целесообразности посещения гинеколога и 50 (48,5%) – маммолога. Отмечена низкая осведомленность опрошенных девушек об инфекциях, передающихся половым путем. Слышали только о ВИЧ, не имея представления о гонорее и сифилисе 66 (64%) девушек (табл. 3).

Среди опрошенных девушек установлены тревожные тенденции к аутодеструктивному поведению. Уже в 13-15 летнем возрасте студентки начинали периодически употреблять алкоголь и курить – 84 (81,5%) и 6 (5,8%) опрошенных девушек соответственно (табл. 3). Все девушки, имеющие вредные привычки считали, что могут избежать негативного влияния на организм в целом и репродуктивную функцию. При желании хорошо выглядеть, у многих девушек – 78 (75,7%) отмечено отсутствие интереса к физическим нагрузкам и занятиям в спортивных секциях, 73 (70,8%) студентки сослались на отсутствие времени для спорта.

ВЫВОДЫ

Выявлено несоответствие между потребностью девушек в хорошем здоровье и усилиями, направленными на его сохранение и укрепление, что обосновывает необходимость последовательной информационно-образовательной работы по формированию здорового образа жизни и положительных поведенческих реакций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Борисова З. К., Рыжова Н. К., Гаревская Ю. А. Заболеваемость девушек-подростков, связанная с репродуктивным здоровьем // Медицинский альманах. – 2009. – № 4. – С. 111-114.
2. Ведищев С. И., Жирняков А. И., Иванова А. А. Аспекты репродуктивного здоровья женщин // . 2013. – №6 (2). – С. 3289-3291.
3. Вострикова Т. В. Особенности репродуктивного здоровья и контрацептивного поведения девушек-подростков в современных экологических и социально-экономических условиях республики Мордовия // Вестник РУДН. Сер. «Медицина. Акушерство и гинекология». – 2009. – № 7. – С. 388-392.
4. Григорян О. Р., Андреева Е. Н. Ожирение и репродуктивная функция // Трудный пациент – 2011. – № 8–9, ТОМ 9. – С. 21-24.
5. Золоторева Н. И., Белокрыницкая Т. Е., Мочалова М. Н. Особенности гендерного поведения студенток медицинского вуза // Мать и дитя: материалы Всерос. науч. форума. – М., 2007. – С. 404-405.
6. Козин А. М. Интерпретация системообразующих де-терминант в здоровьесберегающем образовательном пространстве // Вестник ЮУрГУ. Серия: Образование. Педагогические науки. – 2009. – С.58-65.
7. Колок А. Современные яды: Дозы, действие, последствия. /Под ред. Ванисовой Е. А. и др.- Перевод с англ. Кульнева М. Л. – М.: Изд-во Альпина Паблишер, 2017. – С. 215.
8. Пашин А. А., Васильева А. М., Мухамеджанова В. Ф. Потребности и мотивы здорового образа жизни студенческой молодежи // Известия ВУЗов. Поволжский регион. Гуманитарные науки. – 2014. – № 4 (32). – С.219-228.
9. Пуришаева Э. Ш., Хамошина М. Б., Омарова Р. З. и др. Дефицит массы тела и репродуктивное здоровье женщин: взгляд на проблему // Вестник РУДН. Серия: Медицина. – 2011. – № 6. – С.330-337.
10. Проценко Т. В., Проценко О. А. Особенности пациентов косметологических центров // Косметолог. – 2013. – № 6. – С. 28-34.
11. Рахимова Е. А. Отношение к здоровью учащейся молодежи // Ученые записки университета Лесгафта. 2012. – № 9 (91). – С.134-139.

Mekhova G.A., Protsenko O.A., Mekhova L.S., Protsenko O.I.

INFLUENCE OF THE IMAGE OF LIFE OF GIRLS ON AESTHETIC HEALTH

Donetsk National Medical University named n. M.Gorky

Summary

Aim of the study - the awareness of girls about the influence of lifestyle on their aesthetic health.

Materials and methods. The study 103 girls aged 16 to 22 years were interviewed in Donetsk with the help of anonymous questionnaires devoted to the subjective attitude to their health. The results of the study were processed on a personal computer using standard programs.

Results. There were revealed differences between the desire of girls to be healthy and specific actions aimed at improving their health. There was a low awareness of the female population about the advisability of preventive examinations, the role of narrow specialists, the reluctance to seek help from a dermatocosmetologist in case of skin problems, as well as ignorance of the etiology of STD. Alarming tendencies towards autodestructive behavior among girls were noted. The majority of girls were dissatisfied with their health. 76% of respondents expressed a lack of interest in physical activities and sports sections. Almost a third of the respondents had deviations in health, suffered from chronic diseases. 32% of girls were dispensary registered. Insufficient body weight was detected in 39% of respondents, while only 31.8% of girls constantly monitoring the body weight and believed that this is important for their health. Deterioration of the skin condition and the appearance of acne scars by the onset of menstruation was noted by 66% of the interviewed girls.

Conclusions. Identified a mismatch between the demand of girls in good health and efforts aimed at its preservation and strengthening, that justifies the need for consistent information and educational work to promote healthy lifestyles and positive behavioural responses in young people.

Key words: *aesthetic health, lifestyle, women.*

ФОТОТЕРАПИЯ В ЭТАПНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Республиканский клинический дерматовенерологический центр, г. Донецк

Резюме

Цель работы – изучить эффективность узкополосной фототерапии в комплексном лечении больных псориазом.

Материал и методы: Под наблюдением находились 183 больных псориазом в возрасте от 18 до 69 лет, в том числе 85 (46,4%) мужчин и 98 (53,6%) женщин. В зависимости от способа лечения пациенты были разделены на четыре группы: 1-я группа (42 чел.) – получали комплексную медикаментозную терапию; 2-я группа (38 чел.) – комплексную терапию сочетали с УФО; 3-я группа (48 чел.) – комплексную терапию сочетали с узкополосной фототерапией (УФВ); 4-я группа (55 чел.) – комплексную терапию сочетали с УФВ, рассасывающими и наружными увлажняющими средствами. Общее УФО проводили с помощью облучателя ртутно-кварцевого на штативе ОРК-21, в режиме 6 процедур в неделю, на курс № 10-16. Узкополосную фототерапию проводили с помощью терапевтической установки «УФО-2500». Режим лечения – 5 процедур в неделю, на курс 16-24 процедуры. Оценивали ближайшие и отдаленные результаты лечения.

Результаты. Регресс инфильтрации в очагах наступал на 10-11 день лечения у 67,9% больных в 1-й группе, на 8-9 день лечения – у 75% больных во 2-й группе, после 5-6 процедур УФВ терапии – у 87,5% больных в 3-й и у 89,9% больных 4-й группы. Полный регресс инфильтрации отмечался на $32,3 \pm 0,21$ день лечения у 88,6% больных в 1-й группе, на $22,4 \pm 0,17$ день лечения у 76,6% больных 2-й группы, на $20,6 \pm 0,15$ день лечения у 74,8% больных 3-й группы и на $20,1 \pm 0,16$ день лечения у 73,9% больных 4-й группы. Продолжительность ремиссии сохранялась до 3-х лет у 36,7% больных 1-й группы, у 24,4% больных 2-й группы, у 23,5% больных 3-й группы и у 23,1% больных 4-й группы.

Выводы. Анализ ближайших и отдаленных результатов лечения показал, что УФВ повышает эффективность терапии и увеличивает продолжительность ремиссии больных псориазом, что существенно отражается на их качестве жизни.

Ключевые слова: псориаз, лечение, фототерапия.

Одним из широко используемых немедикаментозных методов лечения хронических дерматозов является фототерапия, включающая общее и локальное ультрафиолетовое облучение (УФО) с помощью ртутно-кварцевых ламп, селективная фототерапия (СФТ), фотохимиотерапия (ФХТ) [1,2]. С лечебной целью используют ультрафиолетовые А лучи (УФА) с длиной волны 320-400 нм, в том числе УФА-1 лучи с длиной волны 350-400 нм и УФА-2 лучи с длиной волны 320-340 нм; ультрафиолетовые В лучи (УФВ) с длиной волны 285 – 350 нм, в том числе УФВ лучи с узким спектром диапазона действия 300-311 нм [2, 5].

До настоящего времени наиболее распространенным методом светолечения в Украине

остается применение ртутно-кварцевых ламп, выпускаемых отечественными производителями, которыми оснащены все физиотерапевтические отделения и кабинеты больниц. Недостатком их использования является выраженный тепловой эффект, повышенный риск развития злокачественных новообразований кожи, особенно при многократных повторяющихся курсах [1, 5].

В большинстве стран основным методом светолечения является узкополосная фототерапия с использованием специальных физиотерапевтических кабин, оснащенных лампами, позволяющими получить лучи длиной волны 311 нм. Метод лечения лишен недостатков УФО, в том числе канцерогенного действия и обладает до-

Таблица 1

Распределение больных псориазом в группах сравнение
в зависимости от тяжести (по индексу PASI)

Степень тяжести	1-я группа	2-я группа	3-я группа	4-я группа
Легкая, n=57	13	14	16	14
Среднетяжелая n=84	22	10	20	32
Тяжелая, n=34	7	6	12	9

казанными терапевтическими эффектами [1, 2]. Спектр безопасности позволяет его использовать у беременных и детей, начиная с 5 лет [1, 2, 7].

ЦЕЛЮ РАБОТЫ

Изучить эффективность узкополосной фототерапии в комплексном лечении больных псориазом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находились 183 больных псориазом, в возрасте от 18 до 69 лет, в том числе 85 (46,4%) мужчин и 98 (53,6%) женщин.

Все больные подвергались комплексному клиничко-лабораторному обследованию, по показаниям использовали инструментальные методы и последующие консультации смежных специалистов. Степень тяжести дерматоза определяли по системе PASI.

В зависимости от способа лечения пациенты были разделены на четыре группы: 1-я группа – сравнения (42 чел.) – получали комплексную медикаментозную терапию; 2-я группа (38 чел.) – комплексную терапию сочетали с УФО; 3-я группа (48 чел.) – комплексную терапию сочетали с узкополосной фототерапией (УФВ); 4-я группа (55 чел.) – комплексную терапию сочетали с УФВ, рассасывающими и наружными увлажняющими средствами. Группы были репрезентативны по основным сравниваемым показателям.

В комплексную терапию больных псориазом входили седативные, вазоактивные препараты, гепатопротекторы, витамины; наружные препараты по показаниям включали топические кортикостероидные мази или кремы, в соответствии с клиническими рекомендациями [3].

Перед началом светолечения оценивали фототип кожи по Фицпатрику и индивидуальную

фоточувствительность пациента к УФ-излучению с помощью дозиметра Горбачева – Дальфельда [1].

Общее УФО проводили с помощью облучателя ртутно-кварцевого на штативе ОРК-21, в режиме 6 процедур в неделю, на курс № 10-16.

Узкополосную фототерапию проводили с помощью терапевтической установки «УФО-2500», лечение начинали с минимальной эритемной дозы – 0,01-0,025 Дж/см², в последующем дозу увеличивали каждые 2 процедуры на 0,01-0,03 Дж/см² до появления умеренно выраженной эритемы. Максимальная доза – 0,1- 0,55 Дж/см², средняя кумулятивная доза – 9,8 Дж/см². Режим лечения - 5 процедур в неделю, на курс 16-24 процедуры.

Оценивали ближайшие и отдаленные результаты лечения.

Полученные результаты обрабатывали статистическими методами по общепринятым программам с помощью персонального компьютера.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ клинических особенностей дерматоза показал, что в наших наблюдениях преобладали больные со средне-тяжелым (индекс PASI 10 - 20) псориазом – 84 (45,9%) больных, с тяжелым псориазом (индекс PASI свыше 20) было 34 (18,6%) больных, с легким – 57 (31,1%) (см. табл.).

Давность заболевания варьировала от 2 до 16,5 лет и в среднем составила 8,2±0,14 года.

Анализ сопутствующей соматической патологии выявил, что 167 (91,3%) больных имели разнообразную моно- или полиорганную сопутствующую патологию, при этом заболевания пищеварительного тракта были у 116 (63,4%), патология эндокринных органов – у 86 (46,9%), вегето-сосудистая дистония – у 43 (23,5%). Хроническую фокальную инфекцию имели 39 (21,3%) больных, паразитарную инвазию – 21 (11,5%) больных.

Переносимость лечения у всех больных была удовлетворительной. Обострения дерматоза или каких-либо неблагоприятных проявлений в процессе лечения не выявлено.

Появление сухости кожи отмечено после 3-4 процедуры лечения у 21,4% больных 2-й группы, у 16,7% - 3-й группы и у 8,5% - четвертой группы.

Регресс инфильтрации в очагах наступал на 10-11 день лечения у 67,9% больных в 1-й группе, на 8-9 день лечения – у 75% больных во 2-й группе, после 5-6 процедур УФВ терапии – у 87,5% больных в 3-й и у 89,9% больных 4-й группы.

Полный регресс инфильтрации отмечался на $32,3 \pm 0,21$ день лечения у 88,6% больных в 1-й группе, на $22,4 \pm 0,17$ день лечения у 76,6% больных 2-й группы, на $20,6 \pm 0,15$ день лечения у

74,8% больных 3-й группы и на $20,1 \pm 0,16$ день лечения у 73,9% больных 4-й группы.

Выраженная положительная динамика на 2-й недели лечения отмечалась преимущественно при легком и средне-тяжелом псориазе.

Продолжительность ремиссии сохранялась до 3-х лет у 36,7% больных 1-й группы, у 24,4% больных 2-й группы, у 23,5% больных 3-й группы и у 23,1% больных 4-й группы.

ВЫВОДЫ

Анализ ближайших и отдаленных результатов лечения показал, что УФВ повышает эффективность терапии и увеличивает продолжительность ремиссии больных псориазом, что существенно отражается на их качестве жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Волнухин В.А., Самсонов В.А., Прошутинская Д.В. и др. Узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия (УФВ 311 нм) – новый эффективный метод лечения больных витилиго// *Вестн. дерматол. и венерол.* – 2005. – №3. – С. 36-37.
2. Дубенский В.В., Редько Р.В. Физиотерапия в дерматовенерологии: исторические аспекты и перспективы// *Росс. журн. кож. и венер. болезней.* – 2002. – №5. – С. 33 – 38.
3. Клинические рекомендации. Дерматовенерология /Под ред. А.А. Кубановой. – М.: ДЭКС-Пресс, 2007. – С. 143-153.
4. Проценко Т.В., Милус И.Е. Селективная фототерапия в этапном лечении больных с атопическим дерматитом// *Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии.* – 2006. – № 2. – С. 18 – 20.
5. Fouere S., Adjad L., Pawin H. How patients experience psoriasis: results from a European survey// *JEADV.* – 2005. – Vol. 19, N 3. – P. 2-6.

Milus I.E.

PHOTOTHERAPY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH PSORIASIS

Republican Clinical Dermatovenereology Center, Donetsk

Summary

The aim of the study was to study the effectiveness of narrow-band phototherapy in the complex treatment of patients with psoriasis.

Material and Methods: 183 patients with psoriasis aged 18 to 69 years were monitored, including 85 (46.4%) men and 98 (53.6%) women. Depending on the method of treatment, the patients were divided into four groups: group 1 (42 people) received complex medication; 2 nd group (38 people) - combined therapy was combined with UFO; 3rd group (48 people) - combined therapy was combined with narrow-band phototherapy (UVB); The 4th group (55 people) - combined therapy was combined with UVB, resorbable and external moisturizers. The general UFD was conducted with the help of a mercury quartz irradiator on the ORK-21 tripod, in a 6-procedure regimen per week, on the course No. 10-16. Un-band phototherapy was performed with the help of the therapeutic device «UFO-2500». The treatment regimen is 5 procedures per week, for a course of 16-24 procedures. Evaluated the immediate and long-term results of treatment ..

Results. Regression of infiltration in the foci occurred on the 10-11 day of treatment in 67.9% of patients in the 1st group, on the 8th-9th day of treatment - in 75% of patients in the 2nd group, after 5-6 procedures of UVB therapy - in 87, 5% of patients in the 3rd and 89.9% of patients in the 4th group. The complete regression of infiltration was noted at 32.3 ± 0.21 day of treatment in 88.6% of patients in the 1st group, at 22.4 ± 0.17 days of treatment in 76.6% of patients in the 2nd group, by $20, 6 \pm 0,15$ day of treatment in 74,8% of patients of the third group and on $20,1 \pm 0,16$ day of treatment in 73,9% of patients of the 4-th group. The duration of remission lasted up to 3 years in 36.7% of patients in Group 1, in 24.4% of patients in Group 2, in 23.5% of patients in Group 3 and in 23.1% of patients in Group 4 group.

Conclusions. An analysis of the immediate and long-term results of treatment showed that UVB increases the effectiveness of therapy and prolongs the duration of remission of patients with psoriasis, which significantly affects their quality of life.

Key words: psoriasis, treatment, phototherapy.

Провизион А.Н.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА У МУЖЧИН, БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме

Цель работы. Изучить особенности клиники и течения псориаза у мужчин, больных хроническим простатитом.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 83 больных бляшечным псориазом мужчин в возрасте от 20 до 71 года, из них 58 (69,9%) – с хроническим простатитом (основная группа) и 25 (30,1%) без хронического простатита (группа сравнения).

Результаты. Среди больных псориазом мужчин 47,0% были активного репродуктивного возраста. У 68,8% больных псориазом с хроническим простатитом установлен поздний дебют дерматоза, у 82,8% выявлены распространенные формы дерматоза, у 72,4 % установлено среднетяжелое течение псориаза. Показано, что сочетание псориаза с хроническим простатитом ухудшало качество жизни у 53,5% пациентов. Хронический простатит способствовал непрерывно-рецидивирующему течению псориаза у 12,1% больных.

Выводы. Выявленные изменения обуславливают необходимость обследования больных псориазом для своевременного выявления хронического простатита и коррекции лечебно-профилактической тактики.

Ключевые слова: псориаз, хронический простатит, клиника, течение.

Актуальность. Псориаз остается одним из распространенных дерматозов в мире и регистрируется у 0,1 - 4% популяции, при этом мужчины и женщины болеют одинаково часто [2, 5, 6]. Выделяют два типа псориаза: 1й тип, или ранний, которым страдает около 70% больных, дебют заболевания происходит в возрасте от 18 и до 25 лет. Псориаз 2-го типа развивается, в основном, у лиц старше 40 лет; он не имеет связи с антигенами гистосовместимости и часто сопровождается коморбидной патологией (опорно-двигательный аппарат, сердечно-сосудистая эндокринная и другие системы) [1, 6]. Псориаз рассматривают как сложное мультифакториальное заболевание с наследственной предрасположенностью, характеризующееся повышенной пролиферацией эпидермальных клеток с нарушением их кератинизации, воспалительной реакцией в дерме, обусловленной активированными Т-лимфоцитами и синтезом

провоспалительных цитокинов [6, 7]. Показано, что псориаз сопровождается прогрессирующей дезорганизацией соединительной ткани, сочетающейся с системным пролиферативно-деструктивным васкулитом, что является морфологическим субстратом не только поражений кожи и суставов, но и висцеральной патологии, приводя к развитию так называемых коморбидных заболеваний, то есть имеющих общность морфо- и патогенеза [5,6,7]. Проведенными ранее морфологическими исследованиями было показано, что в патологический процесс при псориазе, помимо опорно-двигательного аппарата, вовлекаются сердечно-сосудистая система, репродуктивные и эндокринные органы, нервная система [5]. Однако до настоящего времени лишь единичные работы посвящены изучению особенности клиники и течения псориаза у мужчин с хроническим простатитом (ХП).

Таблица 1

Возрастная характеристика больных псориазом по группам сравнения

Группы\ Возраст	Основная группа (n = 58)	Группа сравнения (n = 25)	Всего (n=83)
18 – 20 лет	2 (3,4 %)	-	2 (2,4 %)
21 – 30 лет	6 (10,6 %)	7 (28,0 %)	13 (15,7 %)
31 – 40 лет	17 (29,3%)	9 (36,0 %)	26 (31,3 %)
41 – 50 лет	7 (12, 1%)	4 (16,0 %)	11 (13,3 %)
51 – 60 лет	16 (27,6%)	3 (12,0%)	19 (22,9 %)
Старше 60 лет	10 (17,3%)	2 (8,0 %)	12 (14,4 %)

Таблица 2

Возраст дебюта псориаза по группам сравнения

Группы\ Возраст дебюта	Основная группа (n = 58)	Группа сравнения (n = 25)	Всего (n=83)
0 – 10 лет	5 (8,6%)	3 (12,0%)	8 (9,6%)
11 – 25 лет	16 (27,6%)	10 (40,0%)	26 (31,3%)
26 – 40 лет	18 (31,0%)	9 (36,0%)	27 (32,6%)
Старше 40 лет	19 (32,8%)	3 (12,0%)	22 (26,5%)

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить особенности клиники и течения псориаза у мужчин, с хроническим простатитом (ХП).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находилось 83 больных бляшечным псориазом мужчин в возрасте от 20 до 71 года, из них 58 (69,9%) – с ХП (основная группа) и 25 (30,1%) – без ХП (группа сравнения). Степень тяжести псориаза определяли по индексам Body Surface Area (BSA), Psoriasis Area and Severity Index (PASI), а влияние дерматоза на качество жизни – при помощи индекса Dermatology Life Quality Index (DLQI) [6]. Всем пациентам проводили общеклинические и биохимические исследования (определение билирубина и его фракций, трансаминаз, глюкозы), обследование для исключения урогенитальной инфек-

ции, УЗИ и секрет предстательной железы. Выраженность симптомов ХП определяли при помощи опросника International Prostate Symptom Score (IPSS), шкалы National Institute of Health Chronic Prostatitis Symptom Index NIH-CAPSI [3, 4]. Результаты работы обработаны статистически по общепринятым критериям на персональном компьютере.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

При анализе распределения больных псориазом по возрастным группам отмечено, что в наших наблюдениях преобладали мужчины активного репродуктивного возраста (21 – 40 лет) – 39 (47,0%) (табл.1). Особый интерес представил тот факт, что среди больных псориазом старше 41 года у 33 (78,7%) был выявлен ХП.

В наших наблюдениях преобладали лица, у которых псориаз дебютировал в возрасте старше 25 лет – 49 (59,0%) больных,

Таблица 3

Площадь псориазического поражения в группах сравнения

Группы\ Индекс BSA	Основная группа (n = 58)	Группа сравнения (n = 25)	Всего (n=83)
До 3 %	3 (5,1 %)	0 (0,0 %)	3 (3,6%)
От 3 до 10 %	7 (12,1 %)	12 (48,0 %)	19 (22,9%)
Свыше 10 %	48 (82,8%)	13 (52,0 %)	61(73,5%)

Таблица 4

Степень тяжести псориаза в группах сравнения

Группы\ Индекс PASI	Основная группа (n = 58)	Группа сравнения (n = 25)	Всего (n=83)
До 10 баллов	10 (17,3 %)	12 (48,0 %)	22 (26,5%)
От 10 до 30 баллов	42 (72,4 %)	8 (32,0 %)	50 (60,2%)
Свыше 30 баллов	6 (10,3%)	5 (20,0 %)	11(13,3%)

Таблица 5

Влияния псориаза на качество жизни в группах сравнения индекс DLQI

Группы\ Индекс DLQI	Основная группа (n = 58)	Группа сравнения (n = 25)	Всего (n=83)
0 – 1 балл	1 (1,7%)	-	1 (1,2 %)
2 – 5 баллов	9 (15,5 %)	11 (44,0 %)	20 (24,1 %)
6 – 10 баллов	17 (29,3 %)	6 (24,0 %)	23 (27,7 %)
11- 20 баллов	28 (48,4 %)	5 (20,0 %)	33 (39,8 %)
21 – 30 баллов	3 (5,1 %)	3 (12,0%)	6 (7,2 %)

что характерно для псориаза второго типа. Примечательно, что в основной группе таких больных было 37 (63,8%), в то время как в группе сравнения лишь 12 (48,0%) (табл.2).

Дебют псориаза до 25 лет (псориаз 1 типа) в наших наблюдениях был у 34 (41%) больных, преимущественно в группе сравнения – 13 (52%). У 21 (61,8%) больных этой группы в семейном анамнезе псориазом болели близкие родственники.

При анализе распространенности псориазического поражения по индексу BSA отмечено, что у 61 (73,5%) больных дерматоз занимал свыше 10% площади тела, при этом в основной группе таких больных было существенно больше, чем в группе срав-

нения - 48 (82,8%) и 13 (52,0 %) больных соответственно (табл.3).

При оценке степени тяжести дерматоза по индексу PASI выявлено, что у преобладающего числа больных был среднетяжелый псориаз (индекс PASI от 10 до 30 баллов) – у 50 (60,2%), в основной группе таких больных было в 2 раза больше, чем в группе сравнения - 42 (72,4%) и 8 (32,0 %) больных соответственно (табл. 4).

Выраженное снижение качества жизни (сумма баллов опросника DLQI от 11 до 21) отмечено у 33 (39,8%) больных, при этом в основной группе таких лиц было более, чем в два раза больше, чем в группе сравнения – 28 (48,4%) и 5 (20%) больных соответственно (табл.5).

Таблица 6

Длительность течения псориаза в группах сравнения

Группы\ Давность заболевания	Основная группа (n = 58)	Группа сравнения (n = 25)	Всего (n=83)
До 1года	11 (18,9 %)	5 (20,0 %)	16 (19,3%)
От 1до 3 лет	6 (10,3%)	3 (12,0 %)	9 (10,8%)
Свыше 3х лет	41 (70,8%)	17 (68,0 %)	58 (69,9%)

Таблица 7

Количество рецидивов псориаза в группах сравнения

Группы\ Кол-во рецидивов	Основная группа (n = 58)	Группа сравнения (n = 25)	Всего (n=83)
1 раз в год	36 (62,1 %)	17 (68,0 %)	53 (63,9%)
2 – 3 раза в год	11 (18,9%)	6 (24,0 %)	17 (20,5%)
Непрерывно рецидивирующий	7 (12,1%)	2 (8,0 %)	9 (10,8%)
1 раз в 2 – 3 года	4 (6,9 %)	0 (0,0 %)	4 (4,8%)
21 – 30 баллов	3 (5,1 %)	3 (12,0%)	6 (7,2 %)

При анализе длительности течения псориаза отмечено, что у 58 (69,9%) больных давность дерматоза превышала 3 года, при этом в основной группе таких больных было 41 (70,8%), а в группе сравнения – лишь 17 (68%) (табл.6).

Непрерывно рецидивирующее течение псориаза было у 9 (10,8%), при этом у 7 (12,1%) больных в основной группе и лишь у 2 (8,0%) – в группе сравнения (табл.7).

Таким образом проведенное исследование показало, что у больных псориазом мужчин с ХП дебют дерматоза чаще был после 25 лет. При сочетании псориаза и ХП отмечено более распространенное поражение кожи с большей выраженностью симптомов псориаза (по индексу PASI), большая длительность дерматоза с большим числом больных с непрерывно рецидивирующим течением заболевания.

ВЫВОДЫ

1. В наших наблюдениях среди больных псориазом установлено преобладание мужчин активного репродуктивного возраста (47,0%).

2. У 68,8% больных псориазом мужчин с ХП установлен поздний дебют дерматоза.

3. У 82,8% больных псориазом мужчин с ХП выявлены распространенные формы дерматоза (индекс BSA свыше 10%).

4. У 72,4 % больных псориазом мужчин с ХП установлено среднетяжелое течение псориаза (индекс PASI от 10 до 30 баллов).

5. Показано, что сочетание псориаза с ХП ухудшает качество жизни у 53,5% пациентов.

6. ХП способствует непрерывно-рецидивирующему течению псориаза у 12,1% больных.

7. Выявленные изменения обуславливают необходимость обследования больных псориазом для своевременного выявления ХП и коррекции лечебно-профилактической тактики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бодня К.І., Кадельник Л.О. Сучасний стан проблеми хронічних дерматозів // Буковинський медичний вісник. – 2013. – №3. – Ч. 2. – С. 94–99.
2. Кочергин Н., Смирнова Л., Потекаев Н., Биланова У. Псориаз: коморбидности и комедикации // Врач. – 2009. – №5. – С. 15 – 20.
3. Показатели системного и местного иммунитета у больных хроническим простатитом / А. Т. Терешин, И. Е. Журавлёв, С. М. Есеев [и др.] // Курортная медицина. – 2014. – № 2. – С. 58–63.
4. Полунин А. А, Степанова, А. И. Маркеры воспаления при хроническом бактериальном простатите и уретрите // Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – № 4-3. – С. 520-521.
5. Шевченко Т.И., Шлопов В.Г. Патологическая анатомия псориазической болезни. – Киев: ВАТ «УкрНТЕК», 2001. – 300 с.
6. Nestle F.O., Kaplan D.H., Barker J. Psoriasis // N Engl J Med. – 2009. – Vol. 361(5). – P. 496–509.
7. Nograles K.E., Davidovici B., Krueger J.G. New insights in immunologic basis of psoriasis // Semin Cutan Med Surg. – 2010. – Vol. 29(1). – P. 3–9.

Provizion A.N.

PECULIARITIES OF CLINICS AND COURSE PSORIASIS IN MEN – PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS

Donetsk National Medical University M. Gorky

Summary

Objective. To study the features of the clinic and the course of psoriasis in men with chronic prostatitis.

Materials and methods. A total of 83 patients with plaque psoriasis were men aged 20 to 71 years, 58 (69.9%) with HP (main group) and 25 (30.1%) without chronic prostatitis (comparison group).

Results. 68.8% of patients with psoriasis with chronic prostatitis had a late debut of dermatosis, 82.8% had common forms of dermatosis, 72.4% had a moderate psoriasis course. It was shown that the combination of psoriasis with chronic prostatitis worsened the quality of life in 53.5% of patients. Chronic prostatitis contributed to the continuously-recurrent course of psoriasis in 12.1% of patients.

Conclusions. The revealed changes necessitate the examination of patients with psoriasis for the timely detection of chronic prostatitis and correction of therapeutic and preventive tactics.

Key words: Psoriasis, chronic prostatitis, comorbidity, clinic, current.

Пшеничная Е.В.¹, Тонких Н.А.¹, Бордюгова Е.В.¹, Дубовая А.В.¹, Конопко Н.Н.²

ОПЫТ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФАНТИЛЬНЫХ ГЕАНГИОМ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

¹ Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк

² Детский диагностический центр, г. Домодедово

Резюме

Цель работы - оценить естественное течение инфантильных гемангиом у детей, дифференцировать подходу к их лечению, определить показание к системному и местному применению неселективных бета-блокаторов.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 53 ребенка с инфантильными гемангиомами (46 девочек, 7 мальчиков) в возрасте от 2 месяцев до 5 лет, из них 71,4% – дети до 4-х месяцев. Пропранолол назначали в начальной дозе 0,5 мг/кг, постепенно увеличивая дозу до целевой – 2,5 мг/кг с титрованием в течение 3-4 недель. Продолжительность терапии – от 6 до 15 месяцев.

Результаты. У всех детей получен положительный клинический эффект, начиная с первых недель лечения, в виде изменения цвета гемангиом (уменьшение яркости или цианотичности), прекращения кровоточивости, уменьшения площади, вплоть до полной регрессии опухоли. Побочных реакций в процессе лечения не наблюдали. Всеми родителями отмечена хорошая переносимость препарата. Катамнестическое наблюдение продолжалось 3 года – у шести детей, 1,5 года – у 18 чел., 6 мес. – у 8 чел., остальные пациенты продолжают получать лечение. Рецидивов гемангиом не было.

Выводы. бета-блокаторы – эффективные и безопасные средства первой линии в лечении гемангиом.

Ключевые слова: гемангиомы, дети, лечение, бета-блокаторы.

Инфантильные гемангиомы (ИГ) кожных покровов и слизистых – часто встречающиеся доброкачественные сосудистые образования, которые составляют 50% опухолей мягких тканей у детей [1]. Несмотря на свою доброкачественную природу, способность к спонтанной регрессии, гемангиомы имеют черты клинически злокачественного течения вследствие высокой митотической активности клеток опухоли. Даже точечные и небольшие сосудистые опухоли у новорожденных могут проявлять бурный рост, нередко достигая больших размеров. У девочек гемангиомы встречаются в 2-3 раза чаще, чем у мальчиков. Обычно гемангиомы обнаруживаются сразу же после рождения и значительно реже – в течение первых двух месяцев жизни. 75% больных составляют дети в возрасте до года, а половину из них – дети до 6 месяцев жизни.

Особенно быстрый рост и большинство осложнений гемангиом отмечается в первом полугодии жизни ребенка, в более старшем возрасте они возникают значительно реже [1, 2, 3, 5]. Наиболее часто гемангиомы возникают в местах так называемой сложной анатомической локализации – в области головы и шеи [2, 3, 7, 6].

Актуальными вопросами являются стратификация риска развития осложнений ИГ и определение индивидуальных показаний для начала лечения пациента.

Различают безусловные показания (быстрый рост гемангиомы, локализация в области головы и шеи, обширность поражения, ранний возраст ребенка) и условные (кровотечение и изъязвление, недоношенность). При наличии безусловных показаний лече-

ние начинают сразу же, как только установлен диагноз. При наличии условных – решение вопроса о начале лечения определяется индивидуально. Перед началом терапии важно выяснить, когда впервые было замечено изменение на коже или слизистых, увеличилось ли оно со времени появления, есть ли признаки регрессии. Если поражение выявлено при рождении, то новообразование может быть и гемангиомой, и сосудистой мальформацией, но пролиферировать будет только гемангиома [6]. До 2008 года терапия инфантильных гемангиом была достаточно стандартизирована – использовали глюкокортикостероиды в высоких дозах длительными курсами. При неэффективности гормональной терапии назначался препарат второго ряда – интерферон, а при его неэффективности – винкристин [6, 4].

В настоящее время значительную распространенность приобрела терапия ИГ β -блокаторами, в частности, пропранололом. В 2008 г. впервые было выявлено, что пропранолол может сдерживать рост сосудистых гиперплазий. Этот факт был обнаружен случайно группой исследователей детской больницы «Бордо» (Франция). У двоих пациентов с сосудистой гиперплазией лица на фоне лечения преднизолоном развилась обструктивная гипертрофическая миокардиопатия. Для коррекции этого осложнения детям был назначен пропранолол. На следующий день после начала лечения гемангиомы изменили цвет от интенсивного красного до фиолетового и стали более мягкими на ощупь. После этого пропранолол был использован еще у девяти детей с тяжелыми гемангиомами лица. У всех детей через сутки после начала лечения отмечалась положительная динамика, а через несколько месяцев кожные изменения выражались лишь остаточной телеангиоэктазией [3, 7, 6, 9].

Как известно, пропранолол является неселективным β -блокатором, который обладает антиангинальным, гипотензивным и антиаритмическим эффектом. Неселективно блокируя β -адренорецепторы, оказывает отрицательное хроно-, дромо-, батмо- и инотропное действие, в связи с чем перед лечением и в процессе проводится мониторинг ЧСС, АД, уровня сахара в крови и ряда других параме-

тров. При этом ребенок обязательно находится под наблюдением детского кардиолога.

Лечебный эффект пропранолола при гемангиомах до конца не раскрыт. В настоящее время можно говорить лишь о потенциальных объяснениях лечебного действия препарата, включающих: быстрое сужение сосудов, которое сразу же проявляется в изменении цвета и плотности образования; снижение экспрессии генов, ответственных за фазу роста гемангиомы (этим объясняется резкое замедление роста образования); запуск апоптоза капиллярных эндотелиальных клеток, что вызывает ускоренную инволюцию гемангиомы [6, 9, 10].

Лечение пропранололом позволяет достичь удовлетворительных результатов в сложной группе пациентов с жизнеугрожающими гемангиомами, способными вызвать обструкцию дыхательных путей, склонными к кровотечению, для лечения которых традиционно применялось хирургическое удаление [3, 6, 8, 4, 9, 10]. Эффективность использования пропранолола как в виде монотерапии, так и в сочетании с другими методами лечения подтверждают многочисленные исследования [8, 9, 10]. Нами системная пропранолол – терапия впервые была применена для лечения ребенка с множественными кавернозными гемангиомами в 2011 году [7].

В связи с вышесказанным, **целью** нашего исследования явились разработка дифференцированного подхода к лечению ИГ у детей, определение показаний к системному (пропранолол) и местному (тимолол) применению неселективных β -блокаторов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На кафедре педиатрии ФИПО ДонНМУ им. М. Горького на основании первичной медицинской документации и материалов последующих наблюдений за 2012-2016 гг. на базе MS Excel создан «Реестр детей с инфантильными гемангиомами, проживающих в Донецкой области». Реестр включает информацию о 74 детях с ИГ (56 девочек, 18 мальчиков) в возрасте от 2 месяцев до 5 лет.

Согласно данным реестра, сразу после рождения гемангиомы обнаружены у 63 (85,1%) чел., в течение первых двух месяцев

жизни – у 11 (14,9%) чел. По локализации преобладали ИГ области головы и шеи (48 (64,9%) чел.), 15 (20,3%) чел. имели ИГ туловища, 8 (10,8%) чел. – конечностей, 3 (4,1%) чел. – половых органов. У 18 (24,3%) чел. выявлено более 3-х ИГ различной локализации, что потребовало проведения ультразвукового исследования органов брюшной полости для исключения внутреннего гемангиоматоза. Из сопутствующих заболеваний у 59 (79,7%) детей диагностировано перинатальное поражение центральной нервной системы, у 45 (60,8%) чел. – рахит, у 29 (39,2%) обследованных – железодефицитная анемия различной степени тяжести.

Учитывая естественный процесс течения ИГ, дети с неосложненными поверхностными ИГ до 2 см в диаметре в области волосяной части головы, конечностей, туловища, наружных половых органов наблюдались с определением фазы активности по результатам УЗИ, клинических данных и фотодокументации. Наблюдение в динамике было рекомендовано 21 (28,4%) ребенку. В случаях отсутствия признаков спонтанной регрессии и/или наличия роста ИГ диаметром до 2 см, β -блокатор применяли местно. Использовали 0,5% раствор тимолола (глазные капли) в виде аппликаций 3 раза в день. Проводили амбулаторное обучение родителей.

Системная терапия пропранололом проведена 53 пациентам (46 девочек, 7 мальчиков) в возрасте от 2 месяцев до 5 лет. Все дети имели безусловные (быстрый рост опухоли, локализация в области головы и шеи, обширность поражения, ранний возраст пациента) и/или условные (кровотечение и изъязвление) показания к назначению β -блокаторов. Начало лечения приходилось: у 46 (86,8%) больных на стадию активного роста, у 3 (5,7%) чел. – на стадию прекращения роста, у 4 (7,5%) чел. – на период появления осложнений (кровотечение, инфицирование). В одном случае регистрировались множественные (около 300 элементов) кавернозные гемангиомы диаметром 0,5-1 см, в том числе висцеральные (с локализацией в печени). До обращения в клинику 28 (52,8%) пациентов не получали лечения, у остальных проведенная терапия была неэффективна.

Лечение осуществляли по протоколу, разработанному коллективом автором под руководством проф. Котлуковой Н.П. [3]. Перед началом терапии проводили общеклиническое (анализы крови и мочи, определение уровня трансаминаз, глюкозы, мочевины и креатинина), кардиологическое обследование (стандартная электрокардиография (ЭКГ), 24-часовое мониторирование ЭКГ по Холтеру, измерение артериального давления (АД), доплерэхокардиографическое исследование), а также УЗИ органов брюшной полости, консультацию детского хирурга. Пропранолол назначали в дозе 1,0-2,5 мг/кг с титрованием в течение 3-4 недель. Продолжительность терапии – 9-15 месяцев, определялась индивидуально, зависела от возраста ребенка и достигнутого клинического эффекта. Во время приема пропранолола всем пациентам проводили мониторинг частоты сердечных сокращений и АД, ЭКГ-контроль – 1 раз в неделю во время первого месяца приема препарата, 1 раз в месяц – в последующем. По мере прибавки веса проводили коррекцию дозы препарата. Контроль эффективности терапии осуществляли путем ультразвукового исследования, фотодокументирования гемангиом. Во избежание синдрома отмены (так называемого ребаунд-синдрома) дозу пропранолола снижали постепенно в течение 3-6 недель в зависимости от принимаемой дозы и длительности терапии. 1 раз в 3 мес. контролировали показатели гемограммы, биохимические параметры.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

У 12 (57,1%) из 21 ребенка с ИГ, находящихся в группе динамического наблюдения, после коррекции сопутствующей патологии отмечена инволюция ИГ в течение 3-6 мес., у 7 (33,3%) детей – полная регрессия ИГ (рис. 1, 2). Местное лечение 0,5% раствором тимолола проведено 9 (42,9%) детям. У 7 из них констатировано замедление или остановка роста ИГ (рис. 3, 4), у 2-х пациентов с ИГ в области лица отсутствие динамики новообразования явилось основанием для включения в терапию пропранолола.

У всех детей, получавших системную терапию пропранололом (53 чел.), отмечен поло-



Рис. 1 Гемангиома в поясничной области в виде кольца 1,5 * 1,0 см в диаметре



Рис. 2 Инволюция гемангиомы через 6 мес.



Рис. 3 Мария, 3 мес. Гемангиома в области волосистой части головы



Рис. 4 Инволюция гемангиомы через 2 месяца местного лечения 0,5% тимололом

жительный эффект, начиная с первых недель лечения, в виде изменения цвета гемангиом (уменьшение их яркости или цианотичности), прекращения кровоточивости, уменьшения площади, вплоть до полной регрессии опухоли. Побочных реакций в процессе лечения не наблюдали. Всеми родителями отмечена хорошая переносимость препарата. Катамнестическое наблюдение продолжалось 3 года – у 6 чел., 1,5 года – у 18 чел., 6 мес. – у 8 чел. Рецидивов гемангиом не было. В настоящее время 21 пациент продолжает получать лечение. В связи с недостаточным эффектом, 4 детям предложены альтернативные методы лечения (криотерапия и лазерная деструкция ИГ).

К сожалению, в настоящее время, инструкция к пропранололу не содержит показания: инфантильные гемангиомы. Поэтому мы проводили так называемую «офф лейбл» терапию, т.е. лечение с отступлениями от инструкции по применению препарата [3] с обязательным подписанием родителями информированного согласия на проведение лечения.

Клинический пример 1. Алина поступила в клинику в возрасте 4,5 мес. с множественными пороками развития, включающими генерализованный гемангиоматоз кожи и гемангиоматоз печени (рис.5). До поступления получила 3 курса лазеротерапии и 2 курса гормонотерапии в 1,5 мес. и в 3,5 мес. Состояние при поступлении тяжелое, самочувствие



Рис. 5 Алина, 4,5 мес. Множественные кавернозные гемангиомы от 0,5 до 1 см в диаметре (около 300 элементов)

средней тяжести. ЧСС – 122 в мин., ЧД – 36 в мин., АД – 80/55 мм рт.ст. Избыточная масса тела 19,0%. На коже лица, волосистой части головы, туловища, конечностей, на слизистой полости рта, носа множественные кавернозные гемангиомы от 0,5 до 1,5 см в диаметре (около 300 элементов). При ультразвуковом исследовании печени в паренхиме правой и левой доли выявлено множество экзогенных включений округлой формы по типу узлов, диффузно расположенных в паренхиме, различного диаметра (от 8,6 до 12 мм). На эхокардиограмме – сократимость сердца в норме, полости сердца не расширены. Ребенку был назначен пропранолол с титрованием дозы от 0,5 мг/кг до 2 мг/кг. Через 14 дней на дозе пропранолола 1,0 мг/кг появилось побледнение мелких кавернозных гемангиом кожи, через 3 недели на дозе пропранолола 2,0 мг/кг – побледнение кавернозных гемангиом кожи средних размеров. Через 1 месяц – отчетливая положительная динамика. Гемангиомы слизистой полости рта, носа исчезли. Пропранолол пациентка получала в течение 6 мес. На рис. 6 продемонстрирована спина и грудная клетка ребенка через 1 год и 4 месяца после завершения лечения – гемангиомы не определяются. УЗИ не выявило дополнительных образований в печени.

Клинический пример 2. У ребенка Марии 3-х месяцев выявлена обширная гемангиома теменно-височно-затылочной области



Рис. 6 Через 1 год после 6-мес. курса лечения пропранололом 2,0 мг/кг

правой стороны головы с распространением на ушную раковину и в слуховой проход, которая периодически изъязвлялась, что сопровождалось кровотечением в области затылка (рис.7). По данным УЗИ установлена толщина



Рис. 7. Мария, 3 мес. Обширная гемангиома теменно-височно-затылочной области правой стороны головы с распространением на ушную раковину и в слуховой проход с периодическим изъязвлением и кровотечением в области затылка

образования в заушной области – до 8, в затылочной – до 17 мм. Питающий сосуд представлен крупной ветвистой артерией до 1,5 мм в диаметре, кавернозно расположенной по всей толще гемангиомы. Признаков прорастания в мышцы и надкостницу не выявлено. Пропранолол назначали по вышеописанной методике. На 48-й день лечения получена вы-



Рис. 8. 48-й день лечения пропранололом, доза 2,5 мг/кг

раженная положительная клиническая динамика (рис. 8). Особенностью данного случая является наличие смешанной гемангиомы, поверхностная часть которой редуцировала, однако сохраняются изменения под кожей, о чем свидетельствует инфильтрация тканей. Лечение продолжается.

Клинический пример 3. Дарья наблюдается в клинике 8-й месяц. Девочка из двойни, сестра здорова. После рождения на нижнем веке ребенка имелась точечная гемангиома, которая в течение 2-3-х недель увеличилась в размере и объеме до 4,5 см в диаметре и 3-х см в высоту (рис. 9). С 1-месячного возраста



Рис. 9. Дарья, 2 мес. Обширная гемангиома нижнего века 4,5 см в диаметре и 3 см в высоту



Рис. 10. 8-й мес. лечения пропранололом, доза 2,0 мг/кг. Самоампутация некротизированной части гемангиомы

получает пропранолол. На 35-й день лечения было отмечено появление участка некроза в центре. В дальнейшем, большая часть гемангиомы некротизировалась, на 8-м месяце лечения произошла ее самоампутация (рис. 10).

ВЫВОДЫ

Создание и использование компьютерной системы хранения информации – перспективное направление оптимизации наблюдения пациентов, мониторинга их самочувствия, клинических данных, оценки эффективности проводимых лечебно-профилактических мероприятий. Динамическое наблюдение целесообразно у пациентов с ИГ небольших размеров без осложнений. Для локализованных ИГ до 2 см в диаметре возможно местное применения бета-блокатора тимолола. Системная терапия ИГ неселективным бета-блокатором пропранололом – эффективный и безопасный способ лечения детей с гемангиомами сложной локализации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Голованов В. Н. Клинико-морфологическая характеристика гемангиом и особенности их криотерапии. Автореф. дис. канд. мед. наук. Красноярск; 2005. – 16 с.
2. Гончарова Я. А. Гемангиомы и сосудистые мальформации. Современные теории и лечебная тактика. // Здоровье ребенка. 2013. - №6(49): <http://www.mif-ua.com/archive/article/37103>
3. Котлукова Н. П., Рогинский В. В., Тимофеева М. Ю. и др. Новый взгляд на лечение инфантильных гемангиом (сосудистых гиперплазий). // Педиатрия. – 2012. - №91 (6). – С. 60-64.
4. Миролюбов Л. М. [и др.] Медикаментозное лечение гемангиом у детей. // Практическая медицина. - 2013. - №6 (75). – С. 127-129. – Режим доступа: <http://mfvt.ru/medikamentoznoe-lechenie-gemangiom-u-detej/>
5. Нагорная Н. В., Бордюгова Е. В., Пиеничная Е. В., Конопко Н. Н. Опыт применения пропранолола у детей с гемангиомами сложной анатомической локализации. / VII Всероссийский Конгресс Детская кардиология: тез. докл. – Москва, 2012. – С. 174-175.
6. Поляев Ю. А., Котлукова Н. П., Постников С. С. и др. Пропранолол в лечении инфантильных гемангиом. // Детская хирургия. – 2013. - №6. – С. 35-37.
7. Сай И. Б., Богомолец О. В. Опухоль детского возраста. Новое в диагностике и лечении гемангиом. // Косметолог. – 2010. - №1 (15). – С. 25-28.
8. Шейко Е.А. Гемангиомы у детей раннего возраста (обзор литературы: по источникам www.clinicalkey.com/ // International journal of applied and fundamental research. - 2015. - № 4. – С. 222-228.
9. Bigorre M. Van Kien A. K., Valette H. Beta-blocking agent for treatment of infantile hemangioma. // Plast Reconstr Surg. – 2009. - №123 (6). – P. 195 – 196.
10. Fette A. Propranolol in use for treatment of complex infant hemangiomas: literature review regarding current guidelines for preassessment and standards of care before initiation of therapy // Scientific World Journal. – 2013. - №20: – Режим доступа: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/850193>

Pshenichnaja E.V.¹, Tonkykh N.A.¹, Bordugova E.V.¹, Dubovaja A.V.¹, Konopko N.N.²

HEMANGIOMAS IN CHILDREN. OWN EXPERIENCE OF CONSERVATIVE TREATMENT

¹*Donetsk National Medical University M. Gorky, Donetsk*

²*Children's diagnostic center, Domodedovo*

Summary

The aim of the work is to evaluate the natural course of infantile hemangiomas in children, to differentiate the approach to their treatment, to determine the indication for systemic and topical application of nonselective beta-blockers.

Materials and methods: 53 children with infantile hemangiomas (46 girls, 7 boys) aged 2 months to 5 years were under observation, of which 71.4% were children up to 4 months of age. Propranolol was prescribed in an initial dose of 0.5 mg / kg, gradually increasing the dose to the target - 2.5 mg / kg with titration for 3-4 weeks. The duration of therapy is from 6 to 15 months.

Results. All children received a positive clinical effect, starting from the first weeks of treatment, in the form of a change in the color of hemangiomas (decrease in brightness or cyanoticity), stop bleeding, reduce the area, up to complete regression of the tumor. No adverse reactions were observed during the treatment. All parents noted good tolerability of the drug. Follow-up was continued for 3 years - six children, 1.5 years - 18 people, 6 months. - in 8 people, other patients continue to receive treatment. There were no recurrences of hemangiomas.

Conclusions. Beta-blockers are effective and safe first-line drugs in the treatment of hemangiomas.

Key words: hemangiomas, children, treatment, beta-blockers.

Радионов Д.В., Радионов В.Г., Хайминов Е.М., Шатилов А.В.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИФИЛИСА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

ГУ «Луганский государственный медицинский университет» МЗ ЛНР
ГУ «Луганский республиканский дерматовенерологический диспансер» МЗ ЛНР

Резюме

Цель исследования. Провести анализ заболеваемости сифилисом в Луганской области за последние 20 лет.

Материалы и методы. Проведен анализ заболеваемости за последние 20 лет в Луганской области на основе статистических данных в сравнении с общей заболеваемостью по Украине.

Результаты и их обсуждения. В период роста заболеваемости преобладали манифестные формы, при ее снижении и до конца 2013 года возрастал удельный вес скрытых форм, серорезистентности и замедленной серологической негативации, нейро- и висцерального сифилиса.

Выводы. Пиковый подъем заболеваемости в общей популяции наблюдался в 1997 году и составил в интенсивных показателях 191,2 случаев на 100 тыс. жителей, притом среди городского населения он был равен 202,7, а среди сельского 119,1, а в отдельных сельскохозяйственных районах области в 1998 году уровень заболеваемости составил от 251,9 до 203,7 случая на 100 тыс. населения, что требовало проведения определенных организационно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: заболеваемость, сифилис, эпидемиологические особенности.

ВВЕДЕНИЕ

Заболеваемость сифилисом в Украине и в республике в последние годы практически стабилизировалась, однако, ее уровень по-прежнему остается высоким, а проблема сифилитической инфекции продолжает оставаться весьма актуальной как для врачей практического здравоохранения, так и для научных работников, которые пытаются найти пути ее решения [7,15,20]. С учетом динамического снижения частоты выявления сифилиса, эпидемическая ситуация в различных регионах не только у нас, но и в странах ближнего и дальнего зарубежья, характеризуется неустойчивым положением и отсутствием единых тенденций развития [4,5,10]. В настоящее время констатируют наличие в структуре общей заболеваемости сифилисом высокого удельного веса скрытых форм заболевания [1,2,10,18]. На этом фоне отмечается рост частоты сифилиса с поражением центральной нервной системы, внутренних органов, увеличение частоты случаев серорезистентности и замедленной негативации, даже после адекватного

лечения, - все это определяет высокую социальную значимость этой инфекции [8,15,19,20,21,23,26,30].

С начала 90-х и до 1996-1998 годов, эпидемиологическая ситуация с заболеваемостью сифилисом, как в общем по Украине [3,12,17,18,24], так и на тот период в Луганской области, оставалась крайне напряженной и выросла в десятки раз, достигнув 191,2 случая на 100 тыс. населения, а в некоторых сельских районах области интенсивный показатель был выше чем 250,0 случаев на 100 тыс жителей, при среднеукраинском 150,6 в 1996 г. и 147,1 в 1997 г. (Рис.1). В сравнении с 1991 годом, когда интенсивный показатель по Луганской области составлял всего лишь 5,9 случаев.

Причинами этого явления, по данным многих клиницистов, ученых и социологов являются определенные социальноэкономические, психологические, медико-биологические факторы, а именно: роль гелиомагнитных колебаний, отражающих цикличность заболеваемости сифилисом и другими инфекциями, пере-

Динамика заболеваемости сифилисом в Украине и Луганской области за период с 1993 по 2003 гг.
(в интенсивных показателях)

Рис. 1



дающимися преимущественно половым путем; миграционные процессы населения; упадок в обществе традиционных норм морали; снижение страха перед непланируемой беременностью и заражением венерическими заболеваниями; расширение проституции, в особенности среди молодежи и некоторых уязвимых групп риска – наркоманов, алкоголиков и др. [22,25,27,30].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В общей группе заболевших сифилисом пациентов проведен анализ заболеваемости за последние 20 лет в Луганской области на основе статистических данных в сравнении с общей заболеваемостью по Украине.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализируя зарегистрированную заболеваемость сифилисом в Луганской области, необходимо отметить, что в 1997 году в сравнении с 1991 годом в области был отмечен ее рост более чем в 30 раз (с 5,9 до 191,2 на 100 тыс. населения), а в сравнении с 2013г снизился почти в 20 раз, с 191,2 до 9,8 (Рис.2).

Рост заболеваемости сифилисом в Украине к 1996г. (150,6 случаев на 100 тыс. жителей) в сравнении с 1993г. (34,9 случаев на 100 тыс. жителей) составил почти 4 раза, а в Луганской области в 1997г. (191,2 случая на 100 тыс.жителей)

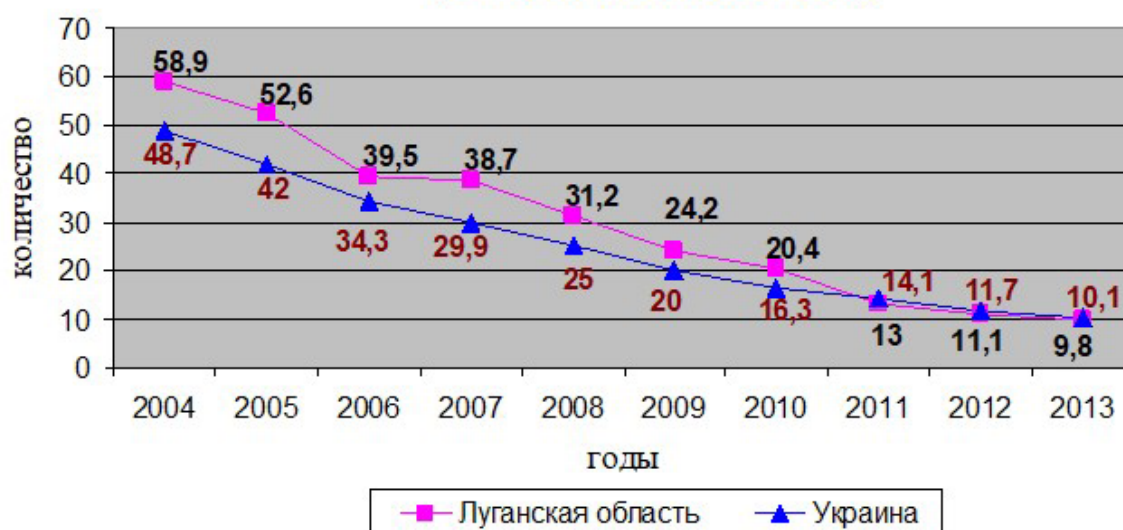
в сравнении с 1993г. (29,0 на 100 тыс.жителей) почти в 7 раз. Начало подъема заболеваемости сифилисом как в целом по Украине, так и в Луганской области практически совпадают, но показатель заболеваемости в области был выше, чем среднеукраинский в 1,2 раза (Рис. 1).

Однако, начиная с 1995 по 2000 годы, показатель заболеваемости сифилисом в Луганской области значительно повысился, в сравнении со среднеукраинским в силу объективных и субъективных причин, а к 2002 году незначительно разнился и составил 79,1 и 68,8 соответственно. Начиная с 1997 года в области отмечается устойчивая тенденция к уменьшению заболеваемости, уровень которой снизился к концу 2013 года в 19,5 раза (с 191,2 до 9,8 на 100 тыс. населения). Необходимо отметить, что интенсивный показатель с 2011г. впервые стал ниже среднеукраинского и на конец 2013г. составил 9,8, а украинский показатель был равен 10,1. За последние 10 лет, то есть начиная с 2004 года до начала 2014 года показатель заболеваемости на 100 тыс. населения Луганской области уменьшился в 6 раз, с 58,9 в 2004 году до 9,8 в 2013 году, а по Украине он уменьшился в 4,8 раза (Рис.2).

Такая динамика колебаний за последние 20 лет заболеваемости сифилисом с пиковым ее подъемом в 1997г. (среди городского населения и.п. был равен 202,7, а среди сельского 119,1),

Динамика заболеваемости сифилисом в Украине и Луганской области за период с 2004 по 2013 гг.
(в интенсивных показателях)

Рис. 2



больше характерна для городов, чем для сельских районов, где пик заболеваемости пришелся на 1998 год и составил 134,8 на 100 тыс. населения. Однако, в отдельных сельскохозяйственных районах области в 1998 году уровень заболеваемости составил от 251,9 до 203,7 случая на 100 тыс. населения, что требовало проведения определенных организационно-профилактических мероприятий, иногда с привлечением правоохранительных органов. Наблюдавшийся рост заболеваемости сифилисом среди всего населения области распределялся крайне неравномерно и порой зависел от места жительства, социального положения, пола, возраста и т.д.

Наметившееся с 1998 года снижение заболеваемости сопровождалось изменениями клинической картины и характера течения самого заболевания (рис. 3). В это же время наблюдалась и обратная пропорциональная тенденция в регистрации прочих (кроме первичного, вторичного и раннего скрытого) форм сифилиса — позднего скрытого, серорезистентного, висцерального, нейросифилиса и др. Если в 1997 году, в период пикового подъема заболеваемости, процент ранних форм сифилиса составил 98,8 (рис. 3), то к 2014 году процент ранних форм был равен 47,7, поздних — 52,3, а их соотношение сравнялось и составило практически 1 : 1 (рис. 4).

При этом процентное соотношение от общего числа зарегистрированных случаев при

первичном сифилисе снизилось более чем в 6 раз, с 35,7 % в 1993 году до 5,7 % в 2013 году; вторичном — почти в 4 раза, с 50,4 до 12,7 %, а поздние, неуточненные, нейро- и висцеральные формы сифилиса выросли более чем в 50 раз (с 0 до 52,3 %), то есть в период роста заболеваемости сифилисом преобладали его манифестные формы, при снижении повышался удельный вес поздних, скрытых форм, нейро- и висцерального сифилиса, изменилась частота встречаемости основных симптомов заболевания.

В период подъема заболеваемости в общей популяции с 1996 по 1998 годы параллельно отмечалось увеличение числа заразных форм сифилиса, что соответственно в интенсивных показателях составило от 147,8 до 126,9 случаев на 100 тыс. жителей. Разница между общей заболеваемостью сифилисом и заразными его формами на тот период составила 1,3:1.

В дальнейшем до начала 2014г. разница между общей заболеваемостью сифилисом и заразными его формами всё больше увеличивалась и к концу 2013года составила 5:1, что явно свидетельствовало об увеличении числа поздних, серорезистентных, нейро- и висцеральных форм сифилиса (Рис. 4).

Данное соотношение ранних и поздних форм сифилиса в последнее десятилетие свидетельствует о том, что одной из его причин является не только поздняя обращаемость пациентов,

Инфраструктура сифилиса в период
пикового подъема заболеваемости (1997 г.)
(в %)

Рис. 3

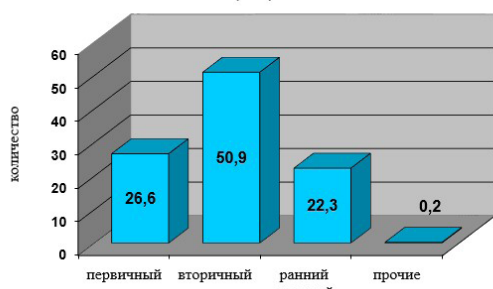
Инфраструктура сифилиса в период
пикового подъема заболеваемости (2013 г.)
(в %)

Рис. 4

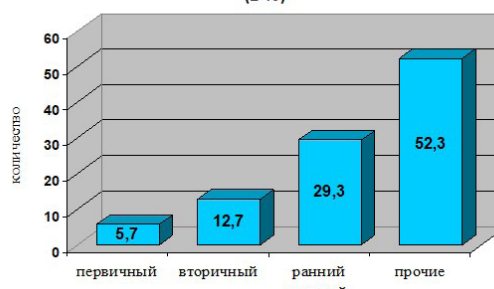
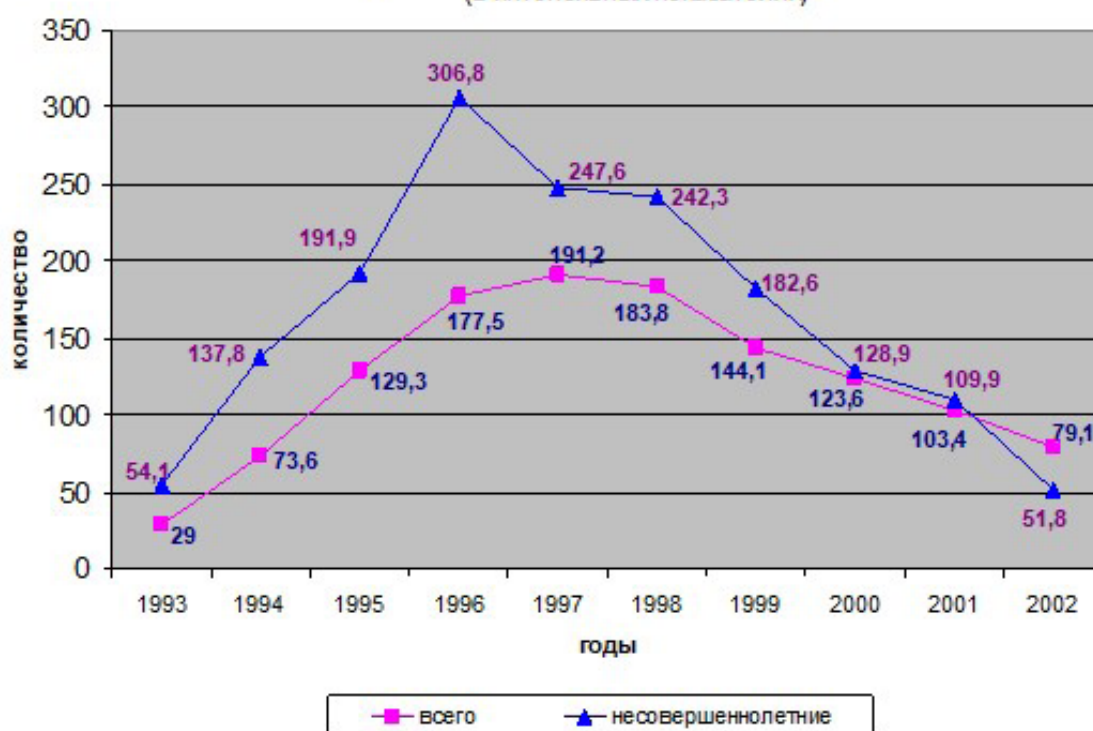
Динамика заболеваемости сифилисом среди несовершеннолетних
в Луганской области за период с 1993 по 2005 гг.
(в интенсивных показателях)

Рис. 5



неадекватное лечение или лечение дюрантными препаратами пенициллина, а порой диагностические ошибки допускаемые врачами всех специальностей, которые по данным разных авторов составляют до 30% случаев при распознавании манифестных форм сифилиса, что нередко приводит к запоздалому выявлению болезни в ее поздних формах, а это, несомненно влияет на качество проводимого лечения, эпидемиологическую опасность и, как следствие, развитию серологической резистентности. При этом, часто прослеживается узкопрофессиональный подход к обследованию пациентов, нередко, отсутствие учета врачами-смежниками необычных клинических проявлений сифилиса, отсутствие преемственности со стороны

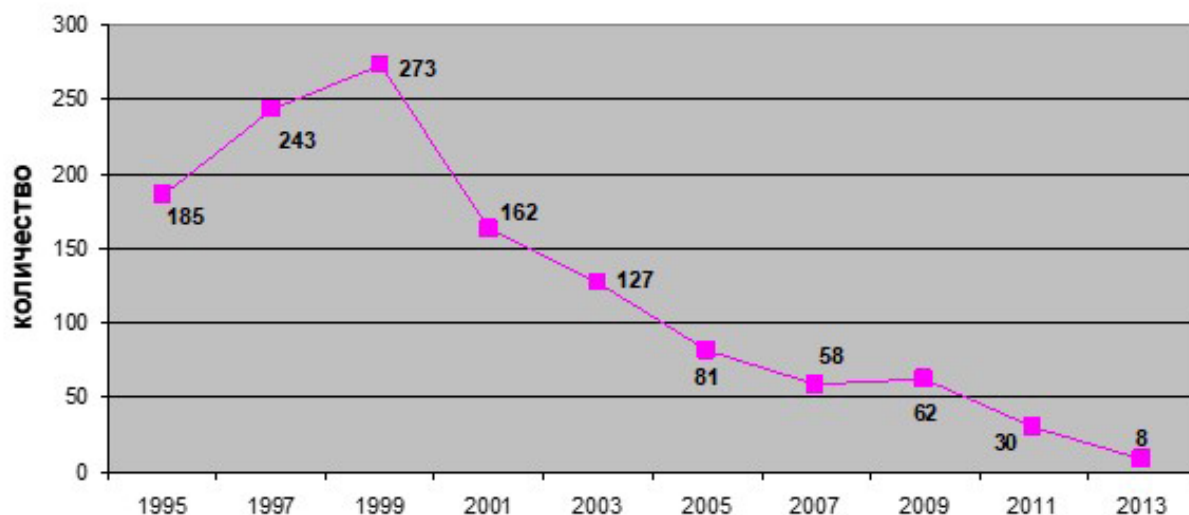
терапевтов, педиатров, невропатологов, рентгенологов, окулистов, хирургов и др. специалистов [9,11,14,16,23,26].

Рост заболеваемости сифилисом, носящий характер эпидемии с 1996 по 1998 годы, закономерно привел и к росту случаев сифилиса в отдельных возрастных категориях, у несовершеннолетних и детей.

Так, если в 1991–1992 гг. число болеющих было незначительным и составило 14,4 на 100 тыс. подросткового населения области (возрастной категории 15-17 лет), то начиная с 1993 года отмечается значительный рост заболеваемости, и к 1996 году он был равен 306,8, что составило 7,4 % от всего количества подросткового населения области. Со снижением заболеваемости сифилисом в

Динамика заболеваемости сифилисом среди беременных по Луганской области 1993-2013 гг.
(в абсолютных цифрах)

Рис. 6



общей популяции более чем в 5 раз снизился и интенсивный показатель заболеваемости сифилисом среди подростков, и к 2013 г. он составил 1,3 на 100 тыс. подросткового населения (рис. 5).

Анализ возрастных показателей в общей структуре заболеваемости свидетельствует о том, что в возрастных категориях 0-14 лет, 15-17 лет и 18-19 лет преобладают лица женского пола. Наибольшая заболеваемость лиц мужского и женского пола отмечается в возрастной категории от 20 до 29 лет. Среди детей заболеваемость прямо пропорционально повышалась соответствуя уровню повышения заболеваемости в общей популяции, с максимальным подъемом с 1997 по 2000 годы и составила от 6,8 до 7,2 случаев на 100 тыс. жителей области возрастной категории 0-14 лет.

Рост заболеваемости сифилисом привел к увеличению количества инфицированных беременных женщин, что повлекло за собой появление раннего врожденного сифилиса, причем особое беспокойство вызывают случаи установления диагноза во второй половине беременности, на что также обращают внимание ряд отечественных и зарубежных авторов [6,9,13,28,30].

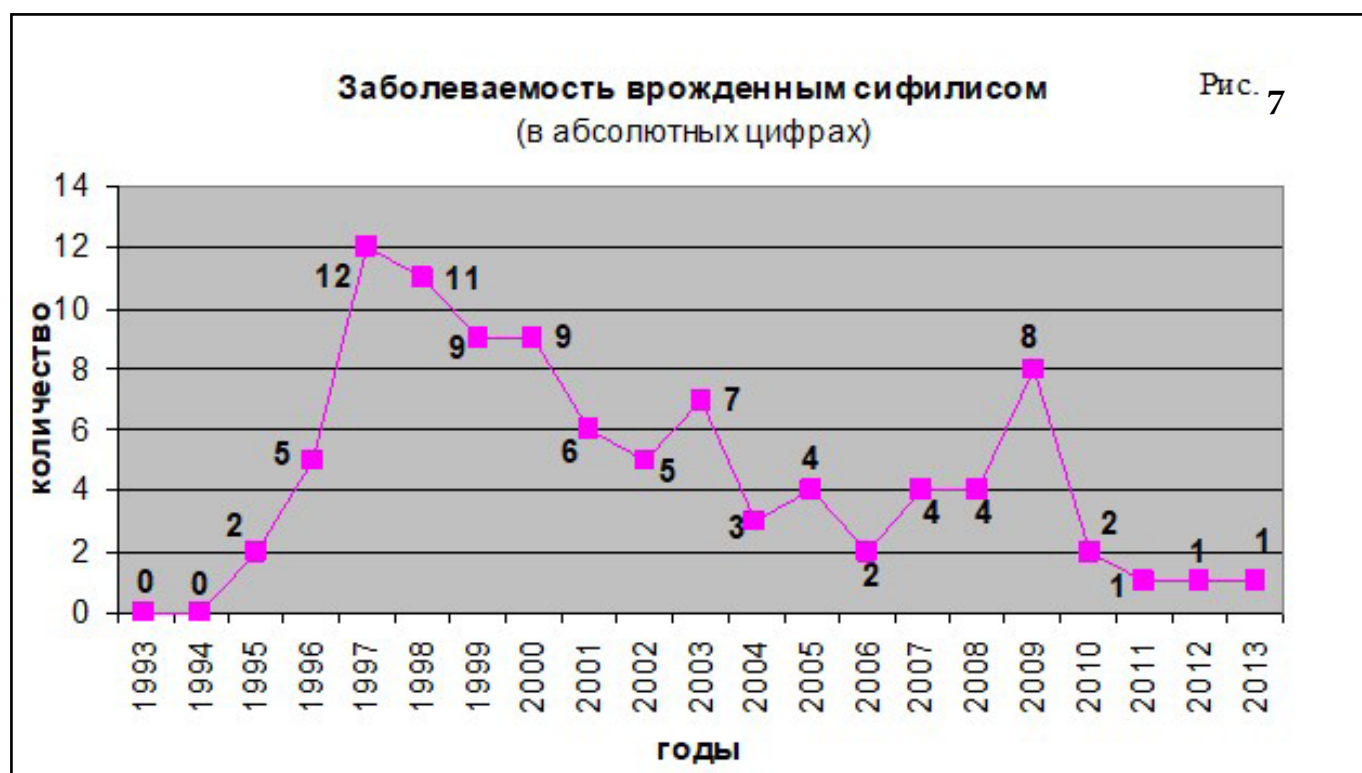
Так, за последние 18 лет с 1995 г. (с первого случая регистрации в области) по 2013 г. включительно, в Луганской области зарегистрирова-

но 2424 случаев сифилиса у беременных (рис.6).

Приведенные данные свидетельствуют о том, что в период максимального подъема заболеваемости среди беременных с 1997 по 1999 годы, соотношение всех женщин репродуктивного возраста заболевших сифилисом к беременным женщинам данной категории составило 1:5, 1:6, то есть, каждая 5-6 женщина болеющая сифилисом была беременной, что вызывало определенную тревогу как среди врачей дерматовенерологов, так и акушеров-гинекологов.

Высокий уровень заболеваемости сифилисом среди женщин фертильного возраста привел в период эпидемии сифилиса в Украине к появлению в области в 1997 году 12 случаев врожденного сифилиса с последующей ежегодной его регистрацией. Всего за период с 1995 г. (с первой регистрации 2 случаев) до начала 2014 г. в области было зарегистрировано 96 случаев раннего врожденного сифилиса (рис. 7).

Необходимо отметить, что число зарегистрированных случаев врожденного сифилиса коррелировало с уровнем заболеваемости сифилисом среди женщин репродуктивного возраста. Уровень заболеваемости ранним врожденным сифилисом до 2004 года оставался высоким, и только начиная с 2010 года наметилась тенденция к его снижению.



Такая же ситуация прослеживалась и в Украине, однако, уже в 2003 году обращает на себя внимание резкое снижение заболеваемости по Украине, где она составила 0,3 на 100 тыс. детского населения и стабильно объективно сохраняющейся в Луганской области, что соответствовало 1,9 случая. Диагноз раннего врожденного сифилиса в среднем устанавливался детям в первый месяц жизни. Проявления манифестного врожденного сифилиса характеризовались разнообразием клинической симптоматики. Преимущественно имели место перинатальное поражение ЦНС, поражение слизистых оболочек в виде ринита и конъюнктивита, гепато- и спленомегалии, гепатита, остеохондритов I-III степени, остеоperiоститов, сифилитической пузырчатки, диффузной инфильтрации кожи Гохзингера, папулезных высыпаний, гипохромной анемии, гипотрофии I-III степени, патологии бронхо-легочной системы, кардиопатии и др. Указанная патология свидетельствует о том, что преобладали манифестные формы раннего врожденного сифилиса над скрытыми, что позволяло на основании клинико-лабораторных данных устанавливать диагноз врожденного сифилиса. Высокая заболеваемость врожденным сифилисом детей в области обусловлена, по нашему мнению, неблагоприятными на тот период социально-экономи-

ческими факторами, усилением миграционных процессов в нашем регионе, определенными поведенческими и бактериологическими особенностями беременных и др.

Имеющуюся высокую заболеваемость врожденным сифилисом в Луганской области в сравнении с украинскими показателями, можно объяснить еще и ситуацией сложившейся по рейтинговой оценке деятельности лечебных учреждений проводимой на тот период времени МЗ Украины. Минздраву Украины надо было учесть, что рейтинговая оценка деятельности службы любой области должна быть прямо пропорциональной количеству выявляемых случаев врожденного сифилиса в регионе. Чем выше выявляемость, а это качественный показатель специалистов на местах, тем выше и рейтинговая оценка, а не на оборот. Как следствие проводимого рейтинга по общей заболеваемости и раннего врожденного сифилиса в частности, явилось отсутствие должного внимания к скрытым случаям врожденного сифилиса дерматовенерологами и акушерами-гинекологами, а в последнее десятилетие к печальному исходу-развитию у данного контингента больных третичного периода и поздних форм сифилиса с поражением ЦНС, которые сейчас приводят к инвалидизации и летальности.

ВЫВОДЫ

Таким образом, проведенный анализ заболеваемости сифилисом в Луганской области в период с 1993 по 2013 год включительно, позволяет сделать определенные выводы по некоторым эпидемиологическим особенностям его течения. Так, пиковый подъем заболеваемости в общей популяции наблюдался в 1997 году и составил в интенсивных показателях 191,2 случаев на 100 тыс. жителей, притом среди городского населения он был равен 202,7, а среди сельско-

го 119,1, а в отдельных сельскохозяйственных районах области в 1998 году уровень заболеваемости составил от 251,9 до 203,7 случая на 100 тыс. населения, что требовало проведения определенных организационно-профилактических мероприятий. При снижении в 1998 году заболеваемости среди всех жителей области, в том числе и городского населения, показатель среди жителей села имел тенденцию к его повышению ещё в течение года.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баркалова Э. Л. Асимптомный сифилитический менингит в структуре современного сифилиса // *Дерматол. та венерол.* – 2011. – № 3. – С. 27 – 33.
2. Бондаренко Г. М., Процак В. В., Носовська Т. Д. Стан функції ендотелію в пацієнтів з латентними формами сифілісу та їх корекція препаратом кардонат // *Дерматол. та венерол.* – 2011. – № 1. – С. 76 – 78.
3. Волославская В. Н. Заболеваемость сифилисом в Украине в XX веке // *Лік. справа.* – 1998. – № 1. – С. 199 – 204.
4. Дмитриев Г. А., Доля О. В., Василенко Т. И. Сифилис: феномен, эволюция, новации. – М.: Бином, 2010. – 256 с.
5. Иванова М. А., Лосева О. К., Малыгина Н. С., Поршина О. В., Меркулова С. А. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации за период с 2000 по 2008 г.: основные тенденции // *Клиническая дерматология и венерология.* 2009. – № 6. – С. 26 – 30.
6. Иванова М. А., Малыгина Н. С. Механизмы профилактики врождённого и приобретённого сифилиса у детского населения // *Информ.аналит. вестн. Социальные аспекты здоровья населения.* – № 2 (14). – 2010.
7. Катунин Г. Л., Рубцов А. Б. Использование стандартных серологических методов исследования крови для диагностики скрытого позднего сифилиса // *Вестник дерматологии и венерологии.* – 2016; (3). – С. 69–74.
8. Красносельских Т. В., Соколовский Е. В. Современные стандарты диагностики сифилиса: сравнение российских и зарубежных клинических рекомендаций (сообщение II) // *Вестник дерматологии и венерологии.* – 2015; (2). – С. 23 – 40.
9. Кубанова А. А., Кубанов А. А., Мелехина Л. Е., Богданова Е. В. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации в 2010–2014 гг. // *Вестник дерматологии и венерологии.* – 2015; (5). – С. 15–23.
10. Лосева О. К., Ющенко О. М., Александрова С. Г. Исследование содержания цефтриаксона в жидкостях и тканях у больных сифилисом // *Совр. пробл. дерматовенерол., иммунол. и врач. косметол.* – 2008. – № 1. – С. 67 – 70.
11. Мавров И. И. Современное состояние проблемы венерических болезней // *Информ.бюллетень.* – Харьков. – 1996. – № 1. – С. 6 – 7.
12. Мавров И. И., Тунда А. В. Современные аспекты эпидемиологического надзора при венерических заболеваниях // *Журн. дерматологии и венерологии.* – 1997. – № 2(4). – С. 76 – 77.
13. Мавров Г. І., Губенко Т. В. Сифіліс у другій половині вагітності: особливості діагностики та лікування // *Педіатрія, акушерство та гінекологія.* – 1998. – № 3. – С. 88 – 91.
14. Мавров Г. І., Дунаева Г. А., Савоськина В. А., Бондаренко Г. М. Случай позднего менинговаскулярного сифилиса // *Дерматол. та венерол.* – 2011. – № 1. – С. 91 – 94.
15. Мавров И. И., Процак В. В. Стратегия и тактика лечения больных скрытым сифилисом // *Дерматол. та венерол.* – 2009. – № 2. – С. 45 – 49.
16. Малыгина Н. С. К вопросу о медико-социальных и эпидемиологических характеристиках и профилактике врождённого сифилиса // *Тез. докл. научн.практ. конф.: Актуальные вопросы современной клинической медицины: Белгород.* – 2010. – С. 29 – 30.
17. Матыскина Н. В., Таранушенко Т. Е., Прохоренков В. И. Сифилитическая инфекция и патологическое течение беременности, родов и изменения плаценты // *Вестник дерматологии и венерологии.* – 2015; (4). – С. 69–75.
18. Радионов В. Г., Семиряд Ю. В., Шатилов А. В., Приходько И. А. Динамика заболеваемости, эпидемиология и особенности течения сифилиса в Луганской области // *Диагностика лечение и профилактика сифилиса у беременных и детей / под. ред. проф. Радионова В. Г.* – 2004. – С. 12 – 21.
19. Радионов В. Г., Шатилов А. В., Радионов Д. В. Место дюранных препаратов пенициллина в лечении больных ранними формами сифилиса // *Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.* – 2012. – № 2 (45). – С. 107 – 111.
20. Радионов В. Г., Шатилов А. В., Радионов Д. В. Оценка эффективности лечения больных сифилисом дюранными препаратами пенициллина // *Укр. журн. дерматол. венерол. косметол.* – 2013. – № 2 (49). – С. 23 – 28.
21. Радионов Д. В. Серорезистентность после лечения сифилиса и некоторые причины ее возникновения // *Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.* – 2014. – № 1 (52). – С. 7 – 13.
22. Радіонов Д. В. Особливості взаємовідношень мікстинфекції: сифілісу та гепатитів В і С // *Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.* – 2014. – № 4 (55). – С. 42 – 47.

23. Ротанов С. В., Эрматова Ф. А. Длительность определения специфических IgM у больных ранним сифилисом после лечения // Вестник дерматологии и венерологии. - 2015; (2). - С. 116—121.
24. Четчикин А. В., Данильченко В. В., Чеботкевич В. Н., Касьянов А. Д., Макеев А. Б., Солдатенков В. Е. Профилактика трансфузионного сифилиса // Вестник дерматологии и венерологии. - 2016; (1). - С. 11 - 16.
25. Шеклаков Н. Д., Милич М. В., Гракович Р. И. и др. Современные аспекты гелиобиологии в дерматологии и венерологии // Вестн. дерматол. и венерол. - 1989. - № 7. - С. 20 - 26.
26. Chahine L. M., Chahine, R. N. Khoriaty, W. J. Tomford, M. S. Hussain The changing face of neurosyphilis // Int. J. Stroke. - 2011. - Vol. 6. - N. 2. - P. 136 - 143.
27. Krüger C., Malleyeck I. Congenital syphilis: still a serious, underdiagnosed threat for children in resourcepoor countries // World J Pediatr. - 2010 May. - N. 6 (2). - P. 125 - 131.
28. Liu J. B., Hong F. C., Pan P., Zhou H., Yang F. et al. A risk model for congenital syphilis in infants born to mothers with syphilis treated in gestation: a prospective cohort study // Sex Transm Infect. - 2010 Aug. - N. 86 (4). - P. 292 - 296.
29. Velicko I., Arneborn M, Blaxhult A. Syphilis epidemiology in Sweden: reemergence since 2000 primarily due to spread among men who have sex with men // Euro Surveill. - 2008. - Vol.13 (50).
30. Wu D. D., Hong F. C., Feng T. J., Liu X. L., Lin L. J. Congenital syphilis: refining newborn evaluation and management in Shenzhen, southern China // Sex Transm Infect. - 2010 Aug. - N. 86(4). - P. 280 - 284.

Radionov D. V., Radionov V. G., Khaiminov Ye. M., Shatilov A. V.

PECULIARITIES OF THE COURSE OF SYPHILIS AT THE PRESENT STAGE

SI «Lugansk state medical university named after st. Luke» Ministry of public health service LPR

SI «Lugansk republic dermatovenerologic clinic» Ministry of public health service LPR

Summary

Purpose of the study. Conduct an analysis of the incidence of syphilis in the Lugansk region over the past 20 years.

Materials and methods. The analysis of the incidence rate for the last 20 years in the Lugansk region was made on the basis of statistical data in comparison with the overall incidence in Ukraine.

Results and their discussions. During the period of increasing morbidity, manifest forms predominated, with its decrease and by the end of 2013 the specific weight of latent forms, seroresistance and delayed serological negation, neuro and visceral syphilis increased.

Conclusions. The peak incidence rate in the general population was observed in 1997 and amounted to 191.2 cases per 100,000 inhabitants in intensive indices, while among the urban population it was 202.7, and among rural population it was 119.1, and in some agricultural areas of the region in 1998, the incidence rate was from 251.9 to 203.7 cases per 100,000 population, which required certain organizational and preventive measures.

Key words: morbidity, syphilis, epidemiological peculiarities.

Седаков И. Е., Крюков Н. В., Проценко Т. В., Крюкова А. Н.,
Проценко О. А., Горбенко Ан. С.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО МЕЛАНОМЕ И РАКУ КОЖИ ЗА 1-Е ДЕСЯТИЛЕТИЕ 21 ВЕКА В ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме

Цель исследования – изучить динамику заболеваемости и смертности от меланомы и рака кожи в Донецкой области с 2001 по 2010 гг., выявить клинико-эпидемиологические особенности данной патологии в регионе.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ форм статистической отчетности по заболеваемости и смертности от меланомы и рака кожи за 2001-2010 гг. по Донецкой области. Проведен анализ структуры заболеваемости населения Украины меланомой и раком кожи в 2010 г.

Результаты. Среди зарегистрированных в 2010 г. в Украине 22409 новообразований кожи меланом было 13,6% случаев, рака кожи - 86,4% случая. Отмечено, что мужчин с меланомой кожи в возрастной группе 85+ было более, чем в 2 раза больше, чем женщин, а в возрастной группе 25-29 лет – женщин в 2 раза больше, чем мужчин. Заболеваемость раком кожи была выше у мужчин, чем у женщин, в возрасте старше 50-лет; а у женщин - в возрасте от 15 до 49 лет. Анализ заболеваемости меланомой кожи за 2001-2010 гг. показал, что темп ее прироста в Донецкой области составил 44,2%, что несколько ниже, чем в Украине (+48,9%), но существенно выше, чем в России (+31,1%). Отмечено увеличение темпа прироста смертности от меланомы в Донецкой области, по сравнению с Украиной и Россией (+40,0%; +20,0% и +31,6% соответственно). Сравнительный 10-летний анализ показал увеличение диагностирования рака кожи на ранних стадиях заболевания, но увеличение показателей смертности от рака кожи и темп ее прироста за 10 лет на +48%.

Выводы. Выявленные клинико-эпидемиологические и гендерные особенности меланом и рака кожи должны быть использованы как в обучении врачей различных специальностей в плане онко-настороженности, так и в повышение информированности населения в программах профилактики меланом и рака кожи.

Ключевые слова: рак кожи, меланома, заболеваемость, смертность, клиника, эпидемиология.

В последние десятилетия отмечают рост заболеваемости злокачественными опухолями кожи (меланомой, базальноклеточным раком кожи, спиноцеллюлярной карциномой) [1, 2, 5]. Новообразования кожи, несмотря на визуальную доступность диагностики, далеко не всегда своевременно идентифицируются и подвергаются адекватной лечебно-профилактической коррекции. Во многом этому спо-

собствует бессимптомное длительное течение новообразований, недооценка пациентом медицинской значимости проблемы и обращение к косметологам для коррекции эстетического дефекта кожи [3]. Особую значимость при этом имеет тот факт, что в 89% случаев поражаются эстетически значимые участки тела - голова, шея, при этом почти в 30% случаев поражается кожа носа, в 20% - век [4].

Таблица 1

Структура заболеваемости населения Украины меланомой и раком кожи в 2010 г. (на 100 тыс.)

Возрастные группы	Меланома, мужчины	Меланома, женщины	Рак кожи, мужчины	Рак кожи, женщины
1-4 года				
5-9 лет			0,1	
10-14 лет		0,2		
15-19 лет	0,4	0,4		0,1
20-24 года	0,7	1,1	0,7	0,8
25-29 лет	1,2	2,8	1,4	1,5
30-34 года	3,3	4,3	3,9	4,9
35-39 лет	3,2	5,9	5,4	5,8
40-44 года	4,5	6,4	10,1	12,0
45-49 лет	5,9	8,2	19,7	20,2
50-54 года	8,3	8,7	37,0	33,2
55-59 лет	11,4	13,3	57,3	49,7
60-64 года	16,1	16,2	101,1	87,7
65-69 лет	14,0	13,3	129,2	101,2
70-74 года	22,1	15,2	207,8	167,0
75-79 лет	20,9	15,0	250,0	183,0
80-84 года	27,4	17,1	344,7	209,6
85+	29,8	12,9	396,3	215,3
Всего: 22409	1227	1820	8076	11286

Меланома является одним из мировых лидеров по темпу годового прироста заболеваемости среди всех злокачественных опухолей (до 5%). По данным Всемирной организации здравоохранения ежегодно в мире регистрируется более 200 тысяч новых случаев меланомы, из них около 65 тысяч больных умирает в течение года. Это связано прежде всего с поздней диагностикой заболевания [1-6]. В связи с этим актуальным является анализ состояния данной проблемы в регионе для планирования адекватных междисциплинарных лечебно-профилактических программ и ознакомления врачей всех клинических специальностей с кожными проявлениями онкопатологии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить динамику заболеваемости и смертности от меланомы и рака кожи в Донец-

кой области с 2001 по 2010 гг., выявить клинико-эпидемиологические особенности данной патологии в регионе.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен анализ форм статистической отчетности по заболеваемости и смертности от меланомы и рака кожи за 2001-2010 гг. по Донецкой области, в сравнение с аналогичными показателями в Украине и России.

Проведен анализ структуры заболеваемости населения Украины меланомой и раком кожи за 2010 г.

Результаты исследования обработаны статистически. Статистический анализ проведен с применением пакета прикладных программ Microsoft Excel 2007 на персональном компьютере.

Таблица 2

Заболееваемость меланомой кожи в Донецкой области с 2001 по 2010 гг. (на 100 тысяч населения)

Год	Донецкая область	Украина	Россия
2001	4,3	4,5	4,5
2002	4,3	4,9	4,8
2003	4,4	4,9	4,8
2004	4,6	5,3	5,1
2005	5,2	5,4	5,1
2006	4,2	5,3	5,2
2007	4,8	5,7	5,4
2008	5,3	5,9	5,5
2009	5,5	6,2	5,6
2010	6,2	6,7	5,9
Темп прироста за 10 лет, %	+44,2	+48,9	+31,1

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При сравнительном анализе структуры заболеваемости населения Украины меланомой и раком кожи за 2010 г. установлено, что всего было зарегистрировано 22409 случаев, среди которых почти в 5 раз преобладали случаи рака кожи - 19362 (86,4%), по сравнению со случаями меланомой кожи - 3047 (13,6%) (табл.1). Гендерный анализ показал, что в возрасте до 4-х лет в наших наблюдениях не было ни одного случая меланомы или рака кожи; в возрасте от 5 до 9 лет меланомы не наблюдали, а рак кожи был лишь у мальчиков (0,1 на 100 тысяч населения); в возрасте 10-14 лет рака кожи не наблюдали ни у мальчиков, ни у девочек, а меланома кожи - лишь у девочек (0,2 на 100 тысяч населения).

Во всех возрастных группах, как у мужчин, так и у женщин преобладала заболеваемость раком кожи, но при этом при последнем она нарастала с каждым десятилетием жизни, в то время как заболеваемость меланомой кожи у женщин была более высокой в возрастных группах 80-84 года и 60-64 года.

При гендерном анализе отмечено, что мужчин с меланомой кожи в возрастной группе 85+ было более, чем в 2 раза больше, чем женщин (29,8 и 12,9 на 100 тыс. населения, соответственно), а в возрастной группе 25-29 лет - женщин в

2 раза больше, чем мужчин (2,8 и 1,2 на 100 тысяч населения соответственно).

Обращало внимание, что заболеваемость меланомой кожи у мужчин, старше 65 лет, была выше, чем у женщин; одинаковой в возрастных группах 60-65 лет и 15-19 лет; в группах от 20 до 54 лет - наоборот, была выше у женщин.

Заболееваемость раком кожи также имела свои особенности: она была выше у мужчин, чем у женщин в возрастных группах, начиная с 50-летнего возраста; в то время как у женщин заболеваемость превышала аналогичные показатели мужчин в возрасте от 15 до 49 лет. Этот факт имеет особое значение, поскольку женщины этой возрастной группы наиболее часто становятся пользователями услуг косметолога, и все изменения на лице воспринимают лишь как эстетические дефекты. От уровня профессиональной компетентности последних нередко зависит своевременность диагностики новообразований кожи.

Сравнительный анализ заболеваемости меланомой кожи за 10-летний период (2001-2010 гг.) показал, что темп ее прироста в Донецкой области составил 44,2%, что несколько ниже, чем в целом по Украине (+48,9%), но существенно выше, чем в России (+31,1%) (табл.2).

При этом особое медико-социальное значение имел тот факт, что наряду с увеличени-

Таблица 3

Смертность от меланомы кожи в Донецкой области в 2001-2010 гг. (на 100 тысяч населения)

Год	Донецкая область	Украина	Россия
2001	2,0	2,0	1,9
2002	2,2	2,2	1,9
2003	2,0	2,0	2,0
2004	2,3	2,1	2,0
2005	1,8	2,4	2,1
2006	2,3	2,3	2,1
2007	2,2	2,3	2,2
2008	2,6	2,4	2,2
2009	2,7	2,5	2,3
2010	2,8	2,4	2,5
Темп прироста за 10 лет, %	+40,0	+20,0	+31,6%

Таблица 4

Выявляемость меланомы кожи в зависимости от стадии заболевания (в процентах) в Донецкой области за 10 лет

Стадии/годы	1-2 стадия	3стадия	4стадия	Не указана
2001	64,7	20,1	9,2	6,0
2002	63,1	17,0	6,8	13,1
2003	70,2	12,9	6,7	10,1
2004	52,8	11,3	8,2	27,7
2005	62,6	15,3	1,6	16,8
2006	57,6	16,5	3,2	18,4
2007	53,4	16,9	6,9	20,6
2008	58,3	14,7	3,9	19,1
2009	58,8	11,4	4,7	20,4
2010	61,0	10,8	4,0	17,5
+/-ранняя диагностика, %	-4,7			
+/-поздняя диагностика, %		-14,5		

ем темпа прироста заболеваемости меланомой, увеличился и темп прироста смертности от меланомы, и в Донецкой области он опережал как показатели по Украине, так и по России: +40,0%; +20,0% и +31,6% соответственно (табл. 3).

Высокие показатели смертности от меланомы, прежде всего, отражают позднюю диа-

гностику заболевания. С этих позиций проанализировали выявляемость меланомы кожи в зависимости от стадии развития (табл. 4). Отмечено уменьшение выявляемости меланомы на 1-2 стадии – с 64,7% в 2001 году до 61% в 2010 году, в то же время увеличился процент случаев без указания стадии опухоли – с 6% в 2001 году

Таблица 5

Сравнительный анализ стадий выявления меланомы кожи (в процентах) в различных регионах

Год/стадии	Донецкая область	Украина	Россия
2001 год			
1-2 стадии	64,7	67,7	63,6
3 стадия	20,1	21,0	22,5
4 стадия	9,2	7,0	9,5
Не указана	6,0	4,3	4,4
2010 год			
1-2 стадии	61,0	71,5	68,1
3 стадия	10,8	15,9	18,7
4 стадия	4,0	3,6	9,3
Не указана	17,5	7,9	3,6
+/-ранняя диагностика, %	-4,7	+3,8	+4,5
+/-поздняя диагностика, %	-14,5	-8,5	-3,7

Таблица 6

Заболеваемость раком кожи в Донецкой области с 2001 по 2010 гг. (на 100 тысяч населения)

Год	Донецкая область	Украина	Россия
2001	33,1	37,7	34,4
2002	31,7	39,1	35,1
2003	29,4	38,2	35,1
2004	31,3	40,7	38,9
2005	32,0	41,6	37,7
2006	30,7	39,3	39,5
2007	29,3	40,7	40,5
2008	31,0	40,0	40,5
2009	31,4	40,6	42,4
2010	32,8	42,3	45,2
Темп прироста за 10 лет, %	-0,9	+12,2	+31,4

до 17,5% в 2010 году. Поздняя диагностика меланомы кожи диктует необходимость верификации всех пигментных новообразований кожи и грамотного ведения лиц с меланоцитарными невусами. Инновационные методы диагностики состояния кожи и пигментных новообразований (дерматоскопия, УЗИ кожи с доплеровским исследованием сосудов кожи), ставшие доступ-

ными в регионе последние десятилетие, могут существенно повлиять на раннюю диагностику одних из самых злокачественных новообразований кожи.

Проведен сравнительный анализ ранней и поздней выявляемости меланомы кожи за 2001 и 2010 годы по Донецкой области, по Украине и по России (табл.5). Отмечено, что наряду с от-

Таблица 7

Выявляемость рака кожи в зависимости от стадии заболевания (в процентах) в Донецкой области за 10 лет

Год	1-2 стадии	3 стадия	4 стадия	Не указана
2001	82,0	2,3	0,3	9,8
2002	86,9	2,5	0,4	5,0
2003	87,5	1,8	0,3	2,8
2004	85,9	11,7	0,5	6,4
2005	87,8	1,6	0,4	3,4
2006	89,4	1,6	0,2	3,4
2007	87,7	2,6	0,2	4,0
2008	88,7	1,6	0,2	2,8
2009	91,2	1,1	0,2	2,6
2010	89,2	1,4	0,2	3,5
+/-ранняя диагностика, %	+7,2			
+/-поздняя диагностика, %			-1,0	

Таблица 8

Сравнительный анализ стадий выявления рака кожи (в процентах) в различных регионах

Год/Стадии	Донецкая область	Украина	Россия
2001 год			
1-2 стадии	82,0	88,7	93,6
3 стадия	2,3	1,6	3,8
4 стадия	0,3	0,2	0,8
Не указана	9,8	2,7	1,8
2010 год			
1-2 стадии	89,2	91,1	95,1
3 стадия	1,4	1,0	3,2
4 стадия	0,2	0,1	0,6
Не указана	3,5	1,7	1,1
+/- ранняя диагностика,%	+7,2	+2,4	+1,5
+/- поздняя диагностика,%	-1,0	-0,7	-0,8

рицательным приростом случаев ранней (1-2 стадии) диагностики меланом кожи в Донецкой области (-4,7%), выявление опухоли на 4 стадии снизилось с 9,2% до 4%. В то время как в Украине при улучшении ранней диагностики меланом (с 67,7% в 2001 году до 71,5% - в 2010 году), чис-

ло случаев с не указанной стадией увеличилось почти в 2 раза (с 4,3% в 2001 году до 7,9% - в 2010 году). В России же по всем показателям отмечена положительная динамика.

Сравнительный анализ заболеваемости в Донецкой области раком кожи за 10-летний пе-

Таблица 9

Смертность от рака кожи в Донецкой области в 2001 - 2010гг. (на 100 тысяч населения)

Год/регион	Донецкая область	Украина	Россия
2001	2,5	1,7	1,2
2002	2,0	1,5	1,2
2003	2,0	1,4	1,1
2004	2,0	1,4	1,1
2005	2,3	1,3	1,2
2006	2,1	1,2	1,1
2007	2,8	1,2	1,2
2008	2,9	1,2	1,2
2009	3,4	1,4	1,2
2010	3,7	1,4	1,2
Темп прироста за 10 лет, %	+48,0	-17,6	0,0

риод (2001-2010 гг.) показал снижение темпа ее прироста (-0,9%), в то время как по Украине и по России отмечено его увеличение (+12,2% и +31,4% соответственно) (табл.6).

В то же время нет отчетливой тенденции к снижению заболеваемости, и в течение указанных лет она колебалась в Донецкой области от 33,1 на 100 тысяч населения в 2001 году до 29,3 - в 2007 году. В Украине и в России, наоборот, отмечена отчетливая тенденция к ее увеличению, причем в России темпы прироста заболеваемости почти в 3 раза выше, чем в Украине.

При анализе выявляемости рака кожи в зависимости от стадии заболевания отмечена положительная динамика по увеличению числа случаев ранней диагностики, уменьшению числа случаев поздней диагностики или без указания стадии заболевания (табл.7).

При этом в 2010 г., по сравнению с 2009 и 2008 гг., увеличилось число случаев с указанной стадией рака (3,5%; 2,8% и 2,6% соответственно).

Сравнительный 10-летний анализ также показал, что диагностирование рака кожи на ранних стадиях заболевания увеличилось как в целом по Донецкой области, так и в Украине и России, но при этом в Донецкой области это было в несколько раз больше, чем в Украине и России (+7,2%; +2,4% и +1,5% соответственно).

Несмотря на положительную динамику

указанных показателей по Донецкой области, особую настороженность вызывает увеличение показателей смертности от рака кожи и темп ее прироста за 10 лет, который в Донецкой области составил +48%, в то время как в Украине отмечено снижение этого темпа (-17,6%), а в России - без динамики (1,2-1,1-1,2 на 100 тысяч населения в течение всего периода наблюдения) (табл. 9).

Анализируя динамику заболеваемости и смертности от рака кожи, можно сделать вывод о том, что несмотря на увеличение выявляемости рака кожи на ранних стадиях, тактика ведения больных и объем проведенного медицинского вмешательства был, вероятно, не достаточно адекватным.

Учитывая, что заболеваемость раком кожи у женщин в возрасте 15-49 лет существенно превышает аналогичные показатели мужчин, а также то, что субъективно «немая» патология, локализуясь в области лица и шеи нередко воспринимается как эстетическая проблема и приводит к обращению к косметологам, профессиональная грамотность и компетентность последних может способствовать как адекватной лечебной тактике (своевременное удаление с последующим гистологическим исследованием), так и нежелательным последствиям (мезотерапии данного региона кожи, лазерному или химическому удалению и т.п.).

Таким образом, выявленные данные могут быть использованы как в образовательных программах, так и для оптимизации лечебно-диагностической тактики.

ВЫВОДЫ

1. Выявлены гендерные клинико-эпидемиологические особенности заболеваемости меланомой и раком кожи: мужчин с меланомой кожи в возрастной группе 85+ было более, чем в 2 раза больше, чем женщин, а в возрастной группе 25-29 лет – женщин в 2 раза больше, чем мужчин. Заболеваемость раком кожи была выше у мужчин, чем у женщин, в возрасте старше 50-ти лет; а у женщин - в возрасте от 15 до 49 лет.

2. Сравнительный анализ заболеваемости меланомой кожи за 10-летний период

(2001-2010 гг.) показал, что темп ее прироста в Донецкой области составил 44,2%, был ниже, чем по Украине, но существенно выше, чем в России.

3. Несмотря на положительную динамику указанных показателей по Донецкой области, особую настороженность вызывает увеличение показателей смертности от рака кожи и темп ее прироста за 10 лет (в Донецкой области - +48%, в Украине - -17,6%, в России - 0%).

4. Выявленные клинико-эпидемиологические и гендерные особенности меланом и рака кожи должны быть использованы как в обучении врачей различных специальностей в плане онконастороженности, так и в повышение информированности населения в программах профилактики меланом и рака кожи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бондарь Г.В., Глушков А.Н., Кузнецова Л.Н., Дмуховская Е.А. Прогнозирование онкологической ситуации в угледобывающих регионах//Материалы XI съезда онкологов Украины, 20-22 сентября 2011 г. - Судак, АРК. - С.3.
2. Бюллетень канцер реестра Украины №17. - Киев, 2016. - 32 с.
3. Мавров И. И., Болотная Л. А., Сербина И. М. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии [пособие для врачей, интернов и студентов]. - Харьков: Факт, 2007. - 792 с.
4. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. - М., 2000. - С.41-59.
5. Светицкий П.В. Рак кожи околоушной области с распространением в височную кость//Клиническая дерматология и венерология. - 2010. - №5. - С. 25 - 27.
6. Bowling J., Argenziano G., Azenha A., Bandic J. et al. Dermoscopy key points: recommendations from the international dermoscopy society//Dermatology. - 2007. - Vol.214, N 1. - P. 3-5.

Sedakov I. E., Kryukov N. V., Protsenko T. V., Kryukova A. N., Protsenko O. A., Gorbenko An. S.

COMPARATIVE CLINICO-EPIDEMIOLOGICAL INDICATORS FOR MELANOMA AND SKIN CANCER FOR THE 1ST DECADE OF 21 CENTURIES IN THE DONETSK REGION

Donetsk National Medical University M. Gorky, Donetsk

Summary

The purpose of the study was to study the dynamics of morbidity and mortality from melanoma and skin cancer in the Donetsk region from 2001 to 2010, to reveal the clinical and epidemiological features of this pathology in the region.

Materials and methods of research. The analysis of forms of statistical reporting on morbidity and mortality from melanoma and skin cancer for 2001-2010 was carried out. on the Donetsk region. The structure of the incidence of melanoma and skin cancer in Ukraine was analyzed in 2010.

Results. Among the registered in 2010 in Ukraine 22409 skin tumors melanoma was 13.6% of cases, skin cancer - 86.4% of the case. It was noted that men with skin melanoma in the age group of 85+ were more than 2 times more than women, and in the age group 25-29 years - women are twice as many as men. The incidence of skin cancer was higher in men than in women over the age of 50; and in women aged 15 to 49 years. Analysis of the incidence of skin melanoma for 2001-2010. showed that the rate of its growth in the Donetsk region was 44.2%, which is somewhat lower than in Ukraine (+ 48.9%), but significantly higher than in Russia (+ 31.1%). An increase in the rate of death rate increase from melanoma in the Donetsk region was noted, compared with Ukraine and Russia (+ 40.0%, + 20.0% and + 31.6%, respectively). A comparative 10-year analysis showed an increase in the diagnosis of skin cancer in the early stages of the disease, but an increase in the death rate from skin cancer and the rate of its growth over 10 years by + 48%.

Conclusions. The clinical, epidemiological, and gender characteristics of melanoma and skin cancer should be used both in training physicians of various specialties in terms of on-alertness, and in raising awareness of the population in melanoma and skin cancer prevention programs.

Key words: skin cancer, melanoma, morbidity, mortality, clinic, epidemiology.

Горбенко Ал. С.

АНТИСТРЕССОРНАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме

Показана роль стресса в дебюте и рецидивировании хронических дерматозов. Представлен обзор литературы, отражающий подходы к анти-стрессорной медикаментозной и немедикаментозной терапии хронических дерматозов. Обсуждаются особенности применения психофармакотерапевтических методик и необходимость персонифицированного назначения их дерматологическим больным.

Ключевые слова: хронические дерматозы, антистрессорная терапия.

Известно, что длительно рецидивирующие хронические дерматозы приводят к изменениям в психологической структуре личности пациента, нарушению социальной адаптации, изменению характера в целом [1, 4]. Отмечено, что тревожные расстройства различного генеза у пациентов с хроническими рецидивирующими дерматозами влияют на эффективность комплексной медикаментозной терапии [14]. Это послужило обоснованием разработки специальной психологической коррекции, способствующей возвращению психики дерматологического больного в адаптивное состояние. Считают, что пациенты, с кожной патологией нуждаются, наряду с психофармакотерапией, в проведении психотерапевтической коррекции [14].

Проведенными ранее исследованиями показали особенности нарушений нервной системы у больных атопическим дерматитом (АД): возбудимость, потеря эмоциональной самостоятельности, враждебность, склонность к агрессивным импульсам, трудность установления контакта в семье и коллективе, тревожность, склонность к депрессии, а также тенденции к интроверсии, аутизму, астениче-

ским и вегето-сосудисто - дистоническим реакциям [7]. В связи с выявленными у этих пациентов тревожных, депрессивных и других психических расстройств, были обоснованы рекомендации по включению в комплексную терапию АД адекватных доз психотропных препаратов [2].

Известно, что одна из самых распространенных причин дебюта алергодерматозов (АД, экзема, крапивница) – нервно-психологический фактор, который является ведущим в постстрессовых нарушениях здоровья, именно это обосновывает целесообразность медикаментозной психокоррекции у таких больных [1, 2].

Считают, что комплексный подход с использованием дермато- и психофармакологических средств, дифференцированный в зависимости от типа психоэмоциональных нарушений, значительно повышает эффективность лечения, приводит к регрессу как дерматологической, так и психопатологической симптоматики, и существенно улучшает качество жизни больных [14, 2].

Возросший интерес к вопросам медикаментозной психокоррекции при хрони-

ческих дерматозах объясняется высоким процентом больных с выявленной психопатологической симптоматикой. Так, исследования А.И. Якубовича (2008) показали, что включение в комплексную терапию больных псориазом селективного анксиолитика (5-этоксипентин (морфолин) - этилтио) бензимидазоладигидрохлорид), наряду с улучшением психического состояния и снижением уровня реактивной тревожности, улучшало дерматологический статус, по сравнению с традиционным дерматотропным лечением [15].

Считают, что применение психотерапии у дерматологических больных представляет собой актуальное и перспективное научно практическое направление [4, 13, 1].

Американская психиатрическая ассоциация проводила исследование, в котором сравнивалась эффективность традиционной дерматологической терапии и дерматологической терапии в сочетании с психотерапией. Было показано, что пациенты, которые учились рационально мыслить, овладели методами релаксации и аутогипноза, прошли курсы биологической обратной связи, чувствовали себя более уверенными в борьбе со своей болезнью. У этих пациентов снижалась частота и длительность обострений [17].

Немецкие ученые при лечении хронических кожных заболеваний, опираясь на биопсихосоциальную модель болезни, предположили психотерапевтические интервенции по трем основным направлениям: получение знаний о болезни и возможных способах саморегуляции; проработка психоэмоционального компонента, модификация поведения (социальное образование); обучение методам релаксации [16]. Отмечено, что не все пациенты с хроническими дерматозами нуждаются в психотерапии. Решение, кто и когда нуждается в психотерапевтической помощи, зависит от соотношения проявлений кожной патологии и психических проблем. Были сделаны рекомендации, что предпочтение в психотерапии должно отдаваться поведенческим подходам, группам самопомощи [18].

Российскими учеными проведено немало клинических исследований, доказывающих эффективность психотерапии дерматозов. Первая монография, посвященная применению гипноза в дерматологии, была опубликована еще в 1936 г. А. И. Картамышевым, а Н. Н. Желтаков разработал принципы гипносуггестивной терапии [10].

В последующем были разработаны методы нелекарственной психотерапевтической коррекции дерматозов, возникших в результате перенесенного стресса: психотерапия, фитотерапия и рефлексотерапия (акупунктура) [2].

Психотерапия включала в себя следующие методы: каузальную, рациональную, семейную, когнитивно-поведенческую психотерапию, гипнотерапию, а также обучение техникам аутогенной тренировки. Психотерапия была направлена на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности, аффективную переоценку травматического опыта, восстановление ощущения ценности собственной личности. Важное место занимало переключение пациентов от проблем к позитивному восприятию окружающей действительности, концентрация их внимания на радостных событиях в жизни, эмоциональных привязанностях.

Второй этап психотерапевтического лечения состоял в освоении пациентом психотерапевтических приёмов, способствующих выработке новых стереотипов поведения и защитных психологических механизмов в период адаптации, реконструкции утраченных чувств собственного достоинства и необходимости возвращения к новым ролевым позициям в обществе, обучении навыкам самовнушения и закреплении полученных результатов. В исследовании использовали метод корпоральной акупунктуры, которая проводилась по общепринятой методике. Курс лечения состоял из 10-12 сеансов иглоукалывания в специфические активные корпоральные точки [2].

При применении фитотерапии использовали лекарственные фитосборы. Исследование показало достаточно высокую эффектив-

ность комплексного применения сочетаний нелекарственных методов при лечении расстройств, связанных со стрессом и нарушением адаптации у больных кожными болезнями. Авторы доказали лечебные эффекты (иммуностимулирующее, успокаивающее, вегетативно-стабилизирующее, мягкое антидепрессивное и анксиолитическое) разработанного подхода. Катамнестическое наблюдение в течение трех лет показало, что добиться ремиссии удалось в 83,2 % случаев [2].

У пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством наибольшую эффективность продемонстрировала групповая психотерапия. В случае наличия острой реакции на стресс предпочтительно применение гипнотерапии и когнитивно-поведенческой терапии. При расстройствах, связанных с семейными проблемами хорошо себя зарекомендовала семейная психотерапия [2].

По мнению А. А. Мутаева (2003), психотерапевтические методы воздействия могут использоваться параллельно с медикаментозными. Рекомендована интегративная психотерапия, которая включает психодинамическую работу, методики экзистенциально-гуманистической и позитивной психотерапии. В качестве фоновой психотерапевтической помощи могут использоваться суггестивные методы, аутотренинг, релаксационные методики и другие методы, улучшающие адаптивные механизмы личности, способствующие снятию напряженности, уменьшению тревоги, нормализации сна [9].

Проблема психодерматологии активно разрабатывается в различных дерматологических школах. Так, в методических рекомендациях «Комплексная психотерапия кожных больных» был обоснован и представлен подход, где наряду со специфическим традиционным лечением, практиковали психотерапевтические методики, направленные на формирование активной установки пациента на выздоровление. Считают, что более перспективной является комплексная психотерапия, основанная на последовательном

применении рациональной психотерапии, гипносуггестивной терапии и аутогенной тренировки [11].

Важную роль в возникновении и прогрессировании болезни играют нейроэндокринные нарушения на фоне стрессовых ситуаций. Так, обострения более трети случаев аллергодерматозов связаны с основным пусковым фактором – психическим напряжением, что подтверждается клинической эффективностью методов активного воздействия на центральную нервную систему с помощью электросна и гипнотерапии [5]. В ряде работ подчеркивали, что аллергодерматозы могут начинаться или рецидивировать после разнообразных нервно-психических травм, длительных волнений, тяжелых переживаний. Возникшее при этом невротическое состояние, выражающееся в нарушении сна, повышенной раздражительности, угнетенном состоянии, эмоциональной лабильности, плаксивости, неадекватной реакции на раздражители, может быть первичным, если оно предшествует появлению кожного заболевания, или вторичным, возникающим в результате имеющегося дерматоза. При вторичных невротических состояниях частые рецидивы болезни, сопровождающиеся распространенными поражениями кожи, вызывают у пациентов физический дискомфорт и являются причиной психологических проблем. Последние приводят к усугублению нервно-психического состояния больного и формированию личности с выраженным психосоматическим компонентом [6].

Исходя из выше изложенного, можно сделать вывод, что в традиционную терапию аллергодерматозов целесообразно включать, наряду с медикаментозной, и персонифицированную немедикаментозную коррекцию тревожных и стрессовых состояний.

Медико-психологическая коррекция и комплексный подход, с индивидуально подобранными методами, может существенно повысить эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий при хронических рецидивирующих дерматозах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адаскевич В. П. Кожный зуд. Дерматологический и междисциплинарный феномен. - М.: Издательство Панфилова, 2014. - 272 с.
2. Божко С. А., Шерина Т. Ф., Гуртовенко И. Ю. Нелекарственная коррекция кожных заболеваний стрессорного генеза // Вестник новых медицинских технологий / Электронное издание. - 2014. - №1. - С. 9-5.
3. Дороженко И. Ю. Терапия психических расстройств в дерматологической практике: современный взгляд на проблему // Рос.журн. кожн. и вен. болезней. - 2006. - № 4. - С. 16-20.
4. Дороженко И. Ю., Терентьева М. А. Афобазол при терапии тревожных расстройств у больных дерматологического стационара // Рус. мед. журн. - 2007. - Т.15, № 19. - С.1379-1382.
5. Кочергин Н. Г. Атопический дерматит: современные аспекты патогенеза и терапии // Русский мед. журн. - 2004. - Т. 12, № 18. - С. 1076-1081.
6. Кулагин В. И., Павлова О. В. Особенности патогенеза и лечения атопического дерматита у больных шизофренией // Росс.журн. кожн. и венерич. болезней. - 2005. - № 5. - С. 34-36.
7. Кулагин В. И., Павлова О. В. Особенности течения атопического дерматита и псориаза у больных, страдающих психическими нарушениями // Вестн. дерматологии и венерологии. - 2007. - № 1. - С. 16-19.
8. Медведев В. Э. Терапия тревожно-депрессивных расстройств у больных терапевтического профиля // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2015. - №17 (1). - С. 21-30.
9. Мутаев А. А. Место психотерапии в лечении больных хроническими дерматозами/ Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2003. - № 4. - С. 92-97.
10. Павлова О. В. Основы психодерматологии. - М.: ЛКИ, 2007. - 240 с.
11. Папий Н. А. Комплексная психотерапия кожных больных: метод. Рекомендации. - Минск, 1992. - С. 26-34.
12. Середенин С. Б., Воронин М. В. Нейрорецепторные механизмы действия афобазола// Эксперим. и клин.фармакология. - 2009. - №1. - С. 3-11
13. Смулевич А. Б., Иванова О. Л., Львов А. Н., Дороженко И. Ю. Современная психодерматология: анализ проблемы // Рос.журн. кож. и вен. бол. - 2005. - № 6. - С.33-39.
14. Терёшин К. Я., Панюшкина Н. П., Толоконникова А. Л., Воропаев С. Ф. Коррекция психоэмоционального и кожного статуса больных некоторыми хроническими дерматозами// Дальневосточный медицинский журнал. - 2015. - №2. - С. 56-58.
15. Якубович А. И., Новицкая Н. Н Психофармакотерапия тревожных состояний у больных псориазом// Сибирский медицинский журнал. - 2008. - № 4. - С. 97-99.
16. Clinical Management in Psychodermatology / W.Harth, U.Gileler, D.Kusnir Ed by. - Publisher: Springer, 2008. - P. 215-230.
17. Lamberg L. Psychiatrists May Help Skin Disorders Clear Faster // J. Psychiatric News. - 2001. - Vol. 36, № 15. - P. 86-92.
18. Gieler U., Kupfer J. Psychosomatische Dermatologie - Publisher: Springer - 2007. - № 52. - P. 291-309.

Gorbenko Al. S.

ANTISTRESSORIAL MEDICAMENTAL AND NON-MEDICAMENTAL THERAPY OF CHRONIC DERMATOSES (REVIEW OF LITERATURE)

Donetsk National Medical University M. Gorky, Donetsk

Summary

The role of stress in the onset and recurrence of chronic dermatoses is shown. A review of the literature reflecting the approaches to the antistress medication and non-drug therapy of chronic dermatoses is presented. Specific features of the application of psychopharmacotherapy methods and the need for a personified prescription for their dermatological patients are discussed.

Key words: chronic dermatosis, antistress therapy.

Радионон Д.В., Радионон В.Г.

ОЗОНОТЕРАПИЯ – ОДИН ИЗ МЕТОДОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИСТИННОЙ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТИ

*ГУ «Луганский государственннй медицинский университет» МЗ ЛНР**ГУ «Луганский республиканский дерматовенерологический диспансер» МЗ ЛНР*

Резюме

В последнее время, на современном этапе борьбы с многими инфекциями во всем мире в медицинскую практику внедрен новый немедикаментозный метод с применением кислородно-озоновых смесей – озонотерапия. Механизм ее лечебного воздействия связан с высоким окислительно-восстановительным потенциалом озона. Бактерицидное и вирусоцидное действие озона распространяется на все штаммы микроорганизмов, а по данным литературы, озон еще способен потенцировать действие антибиотиков.

Несмотря на многогранное лечебное действие озона, включение его в лечебный комплекс позволяет значительно повысить эффективность проведения терапии при многих хронических заболеваниях, инфекционных осложнениях данных болезней, трансмиссивно-сексуальных инфекциях, в том числе истинной серорезистентности, когда озонотерапия применяется как один из патогенетических методов комплексного лечения.

Ключевые слова: озонотерапия, истинная серорезистентность, сифилис, комплексное лечение.

Причины возникновения и вопросы лечения серологической резистентности (СР) при сифилисе в настоящее время остро стоят как перед практическими врачами дерматовенерологами, так и перед научными работниками, которые пытаются найти пути их разрешения [6, 23, 29, 47].

Человечество всегда будет стоять перед проблемой борьбы с различными патогенными микроорганизмами. Надежды на то, что антибиотики могут решить данную проблему, не оправдываются. В ответ на производство новых антибактериальных препаратов, появляются другие штаммы микроорганизмов, возникают новые вирусы, сильнее проявляют свои патогенные свойства грибы. Решать проблему борьбы с инфекциями при помощи антибиотиков становится сложнее и дороже [8, 37, 38]. После проведенного, казалось бы, полноценного лечения специфическими антибиотиками ранних форм сифилиса, процент развития СР в последние годы не становится меньшим, а общепринятые комплексные аллопатические

методы ее терапии не приносят желаемого результата [23, 26, 36, 45, 47, 49].

В последнее время во всем мире, на современном этапе борьбы со многими инфекциями в медицинскую практику, внедрен новый немедикаментозный метод с применением кислородно-озоновых смесей – озонотерапия. Это высокоэффективный, экологически и экономически выгодный метод лечения. Механизм лечебного воздействия озонотерапии связан с высоким окислительно-восстановительным потенциалом озона. Это обеспечивает с одной стороны дезинфицирующий эффект в отношении бактерий, вирусов и грибов, обладая при этом противогипоксическим (что немало важно при возникшей СР) действием, с другой – приводит к активизации метаболических процессов в тканях. Озон взаимодействует с белково-липидными комплексами мембран клеток и плазмы крови, что способствует преобразованию и синтезу биологически активных веществ, усилению активности иммунокомпетентных клеток [13, 47].

Озон – высокоактивный химический элемент, он постоянно образуется в атмосфере под воздействием ультрафиолетовых лучей солнца из кислорода воздуха. Располагаясь в верхних слоях атмосферы, озон задерживает вредное для всего живого ультрафиолетовое излучение солнца и поглощает инфракрасное излучение земли, препятствуя её охлаждению. Атом кислорода может находиться в виде одной из своих трех форм: одноатомный кислород – высокоактивная и очень не стабильная форма, так как он имеет две свободные валентные связи; двухатомный кислород – широко распространенная и стабильная форма, поскольку не имеет свободных связей и, наконец, озон – (O₃) – трехатомная аллотропная модификация кислорода (был открыт в 1832 г. К.Ф. Шонбейном). Молекула озона химически более активна, чем молекула обычного двухатомного кислорода, O₃ не является радикалом, обладает высокой окислительной способностью. Продуктом взаимодействия озона с биоорганическими субстратами является озонид [1, 5].

История медицинского применения озона начинается с XX в. Пионерами клинического применения озона были E. Payr, A. Fish и H. Wolff. В нашей стране о лечебном применении озона известно мало, только в последние два десятилетия он начал использоваться хирургами, терапевтами, дерматовенерологами, урологами, акушерами-гинекологами, стоматологами, травматологами, комбустиологами, инфекционистами и другими специалистами при лечении многих заболеваний в виде монотерапии или в комплексе с общепринятыми методами лечения. При клиническом использовании озона практически нет побочных эффектов, а несомненная клиническая эффективность доказана многими исследователями [3, 5, 18, 24, 28, 30, 46].

Кислородно-озоновая терапия, это метод лечения, основным действующим агентом которой является газовая смесь чистого медицинского кислорода с небольшим количеством медицинского озона. Озон воздействует на различные процессы, протекающие в организме. Высокие его концентрации оказывают бактерицидное действие и используются в лечении инфекционных патологий, низкие, наоборот, способствуют регенерации и заживлению тканевых дефектов. При концентрации озона свыше 10 г/л бактерицидное и вирусоцидное действие рас-

пространяется на все штаммы микроорганизмов, а по данным литературы, он еще способен увеличивать чувствительность микроорганизмов к антибиотикам [5, 28, 46].

По силе антимикробного воздействия озон превосходит хлор, он может инактивировать микроорганизмы, устойчивые к противомикробным препаратам. Малые дозы озона только блокируют деление бактериальных клеток, вызывая локальные повреждения их мембран. В более высоких концентрациях озон повреждает целый ряд жизненно важных ферментативных, транспортных и рецепторных систем. В результате дыхание клеток нарушается, проницаемость их цитоплазматических мембран возрастает и, в конце концов, клетки гибнут [20, 24, 30].

По мнению специалистов, на сегодняшний день наиболее изученным является влияние озона на метаболизм печени. В частности, известно, что при инфузии озонированного физиологического раствора повышается проницаемость мембран гепатоцитов. Происходит стимуляция гликогенолитического пути энергообеспечения, и в результате за счет преобразования разрушающихся жировых включений в гликоген его содержание в клетках печени возрастает. Через сутки после озонирования в гепатоцитах наблюдается гипертрофия и гипертрофия цистерн гладкого эндоплазматического ретикула, гиперплазия микротелец (пероксисом) и митохондрий [17, 30]. В резорбирующихся жировых включениях обнаруживаются новообразования гликогена. Одновременно прослеживается повышение активности печеночной каталазы и активизация микросомальной системы печени, повышающей ее детоксикационную функцию. При различных гипоксических состояниях защитное действие озона проявляется в уменьшении степени выраженности дистрофических изменений в гепатоцитах, сохранении в печени нормальных уровней глюкозы, гликогена, глюкозы-6-фосфата и пирувата [20].

Кроме того, озон способствует увеличению количества неизмененных митохондрий, сохранению обычного строения эндоплазматического ретикула, росту численности лизосом и гранул гликогена. Вдобавок ко всему по причине стимуляции механизмов преобразования жировых энергетических субстратов в углеводные, которые чрезвычайно легко утилизируют-

ся в экстремальных и патологических условиях, применение озона существенно снижает вероятность развития жировой дистрофии и преобразования жирных кислот в токсические кетоновые продукты [17].

Под действием озонотерапии установлено достоверное снижение уровня холестерина, атерогенных фракций: липопротеидов низкой плотности и липопротеидов очень низкой плотности, триглицеридов, индекса атерогенности, снижение средней концентрации фибриногена (важного показателя системы гемостаза) во всех случаях, где он был исходно выше нормы [30]. Касаясь вопросов иммунокорректирующих свойств медицинского озона, то их выраженность, а зачастую и характер влияния на иммунную систему определяется его концентрацией: в малых дозах озон выступает в качестве иммуностимулятора, в высоких – в качестве иммуносупрессора. При вялотекущих воспалительных процессах, которые обычно связаны со сбоями в работе иммунной системы (иммунным дисбалансом или вторичным иммунодефицитом), применение малых доз озона активизирует оба звена иммунитета – клеточное и гуморальное [20]. При этом озон усиливает продуцирование цитокинов, в первую очередь, интерферона – одного из важнейших факторов эндогенной защиты организма. Кроме того, благодаря озону возрастает синтез Т-киллеров – клеток-убийц, играющих не последнюю роль в клеточном иммунитете, и оптимизируется продуцирование иммунокомпетентных клеток, отвечающих за синтез иммуноглобулинов [1, 13, 48].

Сегодня многими авторами широко используются в медицине преимущественно парентеральные методы введения озона, к которым относят большую и малую аутогемотерапию озонированной кровью, внутривенные инфузии озонированного физиологического раствора, экстракорпоральную обработку плазмы и лимфы, а также подкожные инъекции озона, в том числе в биологически активные точки, паравертебральное внутримышечное введение, местное орошение или обкалывание очагов озоном, применение региональной озонотерапии эндобронхиально, трансуретрально и трансректально и др. [7, 17, 24, 27, 42]. В связи с тем, что озон в низких концентрациях обладает умеренным гипокоагуляционным действием, во время проведения курса лечения отменяются лекарственные препараты,

способствующие снижению свертываемости крови (аспирин, антикоагулянты и др.). У женщин в период менструации в лечении делается перерыв. За долгие десятилетия широкомасштабного применения озонотерапии не было зарегистрировано ни одного летального исхода, связанного с использованием озона. Однако, противопоказаниями для проведения озонотерапии в клинике внутренних болезней авторы указывают: острый инфаркт миокарда, частые кровотечения, гипертиреоз, склонность к судорогам, тромбоцитопению, геморрагический инсульт, острую алкогольную интоксикацию, снижение свертываемости крови, врожденную недостаточность глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (фавизм), т.к. в этом случае эритроциты испытывают дефицит системы защиты от окислителей, хронический часто рецидивирующий панкреатит и др. [42].

Так, Шмелев Е.И. и Белянин И.И. [2010] в общетерапевтической практике больным затянувшейся пневмонией дополнительно к антибактериальной терапии проводили внутривенные инфузии 400 мл озонированного раствора хлорида натрия, содержащего 1,6 мкг/мл озона, 2 раза в неделю на протяжении 21 дня. Озонирование крови значительно ускорило сроки рассасывания инфильтративных изменений, определяемых рентгенологически. Озонирование крови одновременно с приемом антибиотиков значительно (до 40%) повысило эффективность антибактериального лечения, что дало возможность авторам на 2-3 нед раньше добиться негитивации мокроты в отношении хламидий и микоплазмы, ускорить устранение кашля с мокротой, на 2-й неделе в два раза по сравнению с контролем уменьшить число лихорадящих больных.

Ряд авторов [5] применяли озонотерапию в комплексном лечении у больных с распространёнными формами перитонита преимущественно в токсической фазе. В результате у пациентов раньше приходила к норме температура тела, ранее восстанавливалась перистальтика кишечника, параллельно снижались показатели эндотоксикоза. Под влиянием озонотерапии в более короткие сроки снижались содержание продуктов липидной пероксидации и показатели индуцированной хемилюминесценции плазмы, уровень продуктов протеолиза, свидетельствующих об усилении активности общей антиоксидантной защиты и ингибиторного потенциала организма. Применение озонотерапии при перитоните авто-

рам позволило снизить на 15% количество осложнений в раннем послеоперационном периоде, а уровень летальности на 7,5%. Внутривенное введение озона способствует ускорению процессов регенерации в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки через систему антиоксидантной защиты, а также благодаря улучшению микроциркуляции слизистой и стимуляции иммунитета, а применение озона внутрь оказывает бактерицидное влияние на *Helicobacter pylori* [14].

В последние годы озонотерапию применяют при различной патологии, в том числе и при гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей. Озон активирует антиоксидантную защиту, стимулирует энергетический и пластический обмен путем оптимизации утилизации кислорода, оказывает бактерицидное, детоксикационное, иммуномодулирующее действие, улучшает микроциркуляцию и оксигенацию тканей, стимулирует процессы регенерации. Установлено, что концентрации озона в растворе 8-10 мг/мл обеспечивают полный бактериолитический эффект в отношении анаэробных микроорганизмов в любом бактериальном титре, а аэробных – в титре до 104 микробных тел/мл [17, 20, 21, 39]. Применяя озонотерапию в детском возрасте многие авторы показали, что она способствует уменьшению количества случаев возникновения внутрибрюшных абсцессов в послеоперационном периоде у больных с деструктивными формами аппендицита. Положительный терапевтический эффект наблюдали при использовании озонированного физиологического раствора в лечении 452 больных с эрозивно-язвенным трахеитом как следствием хронического канюленосительства сроком от 3 мес до нескольких лет. При этом, бронхоскопию выполняли под местной анестезией 2% раствором лидокаина в количестве 2-3 мл, вводя его через трахеотомическую трубку, которую затем извлекали и трахею осматривали без трубки [2].

Использование местной и общей озонотерапии при ограниченных вялотекущих гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей челюстно-лицевой области позволяет сократить сроки лечения более чем в 2 раза благодаря антимикробному, а также стимулирующему неспецифическую и иммунологическую реактивность организма эффекту. Применение в стоматологии озono-воздушной смеси в сочетании с препаратами для прямого покрытия более выражено влияют на регенерационную способность пульпы зуба

[28, 44]. Применение озонотерапии в лечении мигрени исследователи основывают на представлениях о большой роли перекисного окисления липидов в патогенезе мигренозных приступов. Отмечена положительная динамика заболевания в целом на 25% выше в основной группе по сравнению с контрольной. У 58% больных приступы отсутствовали на протяжении 3-5 мес после окончания озонотерапии, а при их возобновлении отмечена меньшая интенсивность головных болей. Улучшению состояния пациентов соответствовали изменения биохимических показателей [15].

Миронов С.П., Бурмакова Г.М. [2007] представили опыт консервативного лечения 174 пациентов с пояснично-крестцовым болевым синдромом. Для оценки эффективности внутримышечных инъекций озono-кислородной смеси провели сравнительный анализ результатов лечения у 43 спортсменов и артистов балета. Проведенный анализ показал высокую эффективность и безопасность применения блокад с озono-кислородной смесью при лечении пояснично-крестцового болевого синдрома.

В последнее десятилетие озонотерапия нашла свое широкое применение в дерматовенерологии в лечении, как хронических дерматозов, так и при санации инфекций передающихся преимущественно половым путем. Озоно-терапия с успехом была применена больным аллергодерматозами, в том числе с хронической микробной и дисгидротической экземой кистей, аллергическим и контактным дерматитами, крапивницей, токсидермией, атопическим дерматитом в форме диффузного нейродермита. Авторы Проценко Т.В. и Куценко И.В. [2003] отметили простоту применения, хорошую переносимость, выраженную клиническую эффективность, экономическую доступность, а комплексное системное использование озono-кислородной смеси может существенно повысить эффективность лечебно-реабилитационного воздействия. Так, многие авторы отмечают положительный эффект у пациентов с различными дерматозами – красным плоским лишаем, псориазом, ограниченной склеродермией и ангиитами получавшими системную озонотерапию. При этом исследовались различные параметры естественного аутоиммунитета. Выявлено наличие активации или супрессии гуморального звена иммунитета, аутоиммунного компонента воспаления и тканевых нарушений. Отмечен значительный положительный эффект озоноте-

рапии, выразившийся в регрессе клинических проявлений дерматозов, удлинении периода ремиссии и иммуномодулирующем эффекте озонотерапии [7, 9, 20, 22, 40].

Назначение кислородно-озоновой терапии пациентам с различными воспалительными заболеваниями кожи позволяет достичь быстрого купирования воспалительных явлений, улучшения процессов заживления. В группе наблюдения больных с различными формами экземы, положительные результаты лечения отмечались почти у 90% больных. Через 1 год после проведенной системной терапии обострение авторами отмечено только у 10% пациентов. Это свидетельствует о выраженной терапевтической эффективности данного метода в дерматологической практике, доступности и перспективности его для лечения экземы и пациентов с другими зудящими дерматозами. Комплексное лечение с применением медицинского озона оказалось более эффективным, чем традиционное. Увеличивается процент излечения, сокращаются рецидивы болезни, а эффект от проводимой терапии наступает раньше, чем при лечении только традиционными методами [10, 19].

Эффективность кислородно-озоновой терапии у больных с язвенными формами ангиитов кожи и хронической пигментной пурпурой, по данным авторов, составила в целом от 70% до 80% больных, у которых отмечалось полное клиническое излечение (эпителизация язвенного дефекта) или значительное улучшение. Следует отметить, что положительный эффект лечения отмечался у больных, которым было проведено минимум 2 курса лечения с использованием кислородно-озоновой смеси с интервалом 4-6 месяцев. Отдаленные результаты наблюдения через 1,5 года свидетельствовали о стойкой ремиссии кожного процесса у 60% больных и восстановлению показателей микроциркуляторного русла.

Основной эффект озонотерапии заключается в том, что при системном введении в организм пациента малых, терапевтических доз окислителя – кислородно-озоновой смеси – в липидном бислое мембран эритроцитов образуются озониды, вследствие чего снижается вязкость клеточной мембраны клеток крови, а также их адгезивные и агрегационные свойства, что повышает ее «текучесть». Она обладает выраженным гипокоагуляционным эффектом, не выводящим показатели коагулограммы за пределы

нормы, а также активируется антиоксидантная система, нормализуется баланс между уровнем перекисного окисления липидов и активностью антиоксидантной системы, что приводит к улучшению микроциркуляции и кислородоснабжения тканей [11, 17, 19, 31, 41].

Системное применение кислородно-озоновых смесей в виде монотерапии показано больным распространенными формами склеродермии как в индуративной, так и в индуративно-атрофической стадиях преимущественно после снижения активности кожного процесса. Кислородно-озоновая терапия обладает выраженной клинической эффективностью более чем у 90% пациентов ограниченной склеродермией, приводит к угасанию симптомов прогрессирования склеродермического процесса к концу курса лечения и снижению показателя склеродермического клинического индекса почти на 77%. Данное лечение в значительной степени улучшает общие показатели микроциркуляции у больных склеродермией, что находится в прямой зависимости от количества терапевтических курсов. По показателям бульбарной биомикроскопии число больных с сосудистыми нарушениями после трех курсов терапии сократилось более, чем в два раза [16, 17].

При проведении кислородно-озоновой терапии больным с пиодермией и угревой болезнью эффективность лечения составляет примерно 85%. При этом, в случае пиодермии кислородно-озоновая смесь с успехом может назначаться в качестве монотерапии, а при угревой болезни показано ее включение в лечебный комплекс, состоящий также из ретингормонсодержащих препаратов, наружных средств, регулирующих секрецию сальных желез кожи и др. Авторами отмечены высокая эффективность лечения и возможность сочетанного или последовательного применения различных методик иммунокоррекции в зависимости от клинической разновидности пиодермии, сопутствующих заболеваний и исходного уровня цитокинов [19, 43].

Известно, что клинические симптомы тяжелых форм розацеа и акне сопровождаются состоянием оксидативного стресса. Кислородно-озоновая терапия оказывает нормализующее влияние на свободно-радикальное окисление, выражающееся в стимуляции антиоксидантной системы и одновременной норма-

лизации показателей перекисного окисления липидов, которые наступают после завершения курса комбинированной кислородно-озоновой терапии [17]. Более выраженный эффект в лечении акне и розовых угрей некоторые авторы отмечают при сочетании озонотерапии с пробиотиками. Эта методика обеспечивает наибольшее усиление антиокислительной системы, увеличивая содержание основного антиоксиданта альфа-токоферола и активность главного антиокислительного фермента супероксиддисмутазы, нормализуя активность каталазы [35].

С помощью комплексной лабораторной оценки Биткиной О.А. (2010) было показано, что локальные обкалывания очагов розацеа и акне медицинской озono-кислородной смесью имеют клинко-биохимический эффект в виде регресса высыпаний, сопровождающегося интенсификацией антиоксидантной системы без выраженной активации перекисного окисления липидов и окислительной модификации протеинов, а также выявлена нормализация уровней гликозаминогликанов и оксипролина в процессе саногенеза при озонотерапии розацеа и акне. В косметологической практике авторами [43] показана эффективность кислородно-озоновой терапии при проведении коррекции старческой атрофии кожи и мимических морщин составляет 85-90%. Положительный эффект отмечался уже после 3-4-х процедур и выражался в сглаживании мелких морщин, повышении тургора кожи, уменьшении пастозности, улучшении цвета лица, уменьшении сухости и чувства стягивания кожи, проявлении лифтингового эффекта в подчелюстной и щечно-подбородочной областях, улучшении общего самочувствия. Поддерживающие курсы исследователи рекомендуют проводить 2-3 раза в год.

Оценку морфофункционального состояния стареющей кожи лица при проведении озонотерапии оценивали Иванова Е.В. и соавторы (2008). Влияние данного лечения выразалось в восстановлении барьерной функции кожи, повышении содержания влаги, нормализации pH, регуляции эффективного функционирования микроциркуляторного русла, улучшении структурной организации дермы и эпидермиса, повышении эластических свойств кожи, восстановлении гладкости микрорельефа. Кислородно-озоновую смесь успешно применили Полий-

чук, Т.П., Королькова Т.Н. (2008, 2009) в лечении локальных жировых отложений. Выраженную клиническую эффективность имели схемы терапии, отличающиеся нарастающими параметрами объема вводимой газовой смеси. При этом наиболее эффективной оказалась та, где помимо объема вводимой газовой смеси постепенно нарастала и концентрация озона, при этом у пациенток повышалось содержание лептина в крови. Эффективность комплексной реабилитации послеоперационных рубцовых состояний с включением кислородно-озоновой терапии составляет до 100%. Так, Кошелева И.В. (2007) отмечает у всех больных положительный эффект после 1-2-х лечебных процедур и выражался он в уменьшении болезненности, гиперемии, отека и инфильтрации тканей. После 4-5-й процедуры восстанавливалась чувствительность кожи, уменьшалось ощущение стягивания в области послеоперационных швов.

Доказана высокая эффективность кислородно-озоновой терапии как патогенетически обоснованного иммуностропного физиотерапевтического метода при клеточном варианте иммуногенеза простого герпеса [3]. Авторами Неймарк А.И. и Кондратьевой Ю.С. (2007) проведено обследование и лечение 44 больных с хроническим хламидийным уретропростатом. Больные получали стандартную терапию азитромицином и региональную озонотерапию трансуретрально и трансректально. Клиническое разрешение симптомов варьировало от 4 до 6 недель. Результаты повторного проведения иммуноферментного анализа, полимеразной цепной реакции подтвердило отсутствие возбудителя в 100% случаев во всех группах пациентов. Клиническое улучшение отмечено в группе комбинированной терапии с назначением озона трансуретрально в 73% случаев, в группе с трансректальной озонотерапией в 64% случаев.

Таким образом, ввиду многогранного лечебного действия озона включение его в лечебный комплекс позволяет значительно повысить эффективность проводимой терапии при многих хронических заболеваниях, инфекционных осложнениях данных болезней, трансмиссивно-сексуальных инфекциях, в том числе истинной серорезистентности, как один из патогенетических методов комплексного ее лечения и, что немаловажно, практически без осложнений и не зависимо от возраста пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеева Т.В., Володина С.Ю. Патогенетическое обоснование озонотерапии при инфекционных заболеваниях кожи // Рос. журн. кожн. и венер. болезней. – 2004. – № 2. – С. 17 – 20.
2. Андреев В.Г., Ярема И.В., Шишло В.К., Чернеховская Н.Е., Ходос Д.В. Интратрахеальная лимфотропная озонотерапия при эрозивно-язвенном трахеите // Вестник хирургии им.И.И.Грекова – 2001. – № 1. – С. 86 – 88.
3. Алексеева Т.В., Халдин А.А., Кошелева И.В. Сравнительная эффективность кислородно-озоновой терапии и индукторов интерферона при вторичной профилактике простого герпеса // Рос. журн. кожн. и венер. болезней. – 2006. – № 1. – С. 38 – 40.
4. Биткина О.А. Научное обоснование применения медицинской озono-кислородной смеси для лечения розовых и вульгарных угрей на основе динамики показателей перекисного окисления липидов, антиоксидантной защиты и окислительной модификации протеинов // М., 2010. – 248 с.
5. Васильев И.Т., Мумладзе Р.Б., Яковлев В.Н., Власенко А.В., Колесова О.Е., Лебедев С.С. Озонотерапия в коррекции свободнорадикальной и ферментной активности у больных перитонитом // Клин. анестезиол. и реаниматол. – 2009. – № 1. – С. 14 – 21.
6. Волкова Е.Н., Митичкина Е.В., Платонов В.В., Проценко А.Н. Серорезистентность при сифилисе: актуальность проблемы сохраняется // Рос. журн. кожн. и венер. болезней. – 2010. – № 4. – С. 51 – 54.
7. Дацук А.М., Пустовая Н.А. Комплексная терапия больных псориазом с применением озонотерапии // Дерматол. та венерол. – 2011. – № 2. – С. 90 – 92.
8. Дерматология, венерология. Учебник /Под ред. В.И. Степаненко.– К.: КИМ. 2012. – 904 с.
9. Загзгдинова Р.М., Иванова М.А., Колодкин Д.Е., Снегирев А.Я. Влияние озонотерапии на иммунные нарушения у больных псориазом // Вестн. дерматол. и венерол. – 2006. – № 2. – С. 22 – 24.
10. Иванов О.Л., Куликов А.Г., Кошелева И.В., Заборова В.А., Щербина Т.М. Озонотерапия как метод коррекции микроциркуляторных нарушений кожи у больных экземой // Рос. журн. кожн. и венер. болезней. – 2003. – № 2. – С. 41 – 45.
11. Иванов О.Л., Коган Е.А., Колесников А.Г., Шилова Н.Г. Хроническая пигментная пурпура. Клинико-морфологические особенности и комплексное лечение на основе озонотерапии // Рос. журн. кожн. и венер. болезней. – 2006. – № 6. – С. 9 – 16.
12. Иванова Е.В., Ткаченко С.Б., Кошелева И.В. Оценка морфофункционального состояния стареющей кожи лица неинвазивными методами // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. – 2008. – № 3. – С. 2 – 7.
13. Кисткин А.И. Эффективность озонотерапии и АУФОК в комплексном лечении больных с посттравматическими гнойно – воспалительными осложнениями: автореф. дис. канд. мед. наук. – Саранск, 2009. – 16 с.
14. Константинова Т.Д., Иваников И.О., Павлов Д.С., Першина Н.Н., Чупракова О.В. Озонотерапия при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Физиотерапия. Бальнеология. Реабилитация. – 2003. – № 2. – С. 24 – 26.
15. Котов С.А. Озонотерапия мигрени // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. – № 11. – С. 35 – 37.
16. Котов А.А., Иванов О.Л., Кошелева И.В. Состояние антиоксидантной активности у больных ограниченной склеродермией и влияние на нее озонотерапии // Рос. журн. кожн. и венер. болезней. – 2004. – № 5. – С. 44 – 50.
17. Котов А.А. Состояние антиоксидантной системы и микроциркуляции у больных ограниченной склеродермией и их коррекция кислородно-озоновой терапией // М., 2005. – 110 с.
18. Кошелева И.В. Озонотерапия в дерматологии и косметологии: достижения, проблемы, перспективы // Рос. журн. кожн. и венер. болезней. – 2004. – № 1. – С. 28 – 33.
19. Кошелева И.В., Иванов О.Л., Виссарионов В.А., Петинати Я.А., Потеев Н.Н. Применение кислородно-озоновой смеси в дерматологии и косметологии // Методические рекомендации – № 2003/84 // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. – 2004. – № 1. – С. 29 – 38.
20. Кошелева И.В. Иммуномодулирующий эффект кислородно-озоновой терапии при дерматозах // Клин. дерматол. и венерол. – 2007. – № 5. – С. 43 – 48.
21. Кучеренко В.Е. Патологическое обоснование озонотерапии грамотрицательного сепсиса : Дисс. ... канд. мед. наук. – Нижний Новгород, 2011. – 166 с.
22. Лысенко Л.В., Теплюк Н.П., Кошелева И.В., Емельянов Н.Н. Озонотерапия в комплексном лечении больных с сочетанием псориаза и красной волчанки // Росс. журн. кожн. и венер. болезней. – 2001. – № 4. – С. 42 – 45.
23. Мавров И.И., Процак В.В. Стратегия и тактика лечения больных скрытым сифилисом // Дерматол. та венерол. – 2009. – № 2. – С. 45 – 49.
24. Масленников О.В., Контрищикова К.Н. Практическая озонотерапия // Пособие. – Нижний Новгород. – «Вектор – Тис». – 2003. – 52 с.
25. Миронов С.П., Бурмакова Г.М. Локальная озонотерапия при пояснично-крестцовом болевом синдроме // Вестн. травматол. и ортопед. им. Н.Н. Приорова. – 2007. – № 3. – С. 22 – 27.
26. Мишанов В.Р., Комарова В.Д., Пышкина Е.И. Отдаленные результаты лечения больных ранним скрытым сифилисом препаратами пенициллина высокой и низкой дурантности // Рос. журн. кожн. и венер. болезней. – 2012. – № 4. – С. 37 – 42.
27. Неймарк А.И., Кондратьева Ю.С. Влияние озонотерапии на состояние микроциркуляции у больных с хроническим уретропростатом, осложненным инфекцией, передающейся половым путем // Эфферентная терапия. – 2007. – Т. 13. – № 2. – С. 51 – 57.
28. Никольская И.А. Влияние озono-воздушной смеси в сочетании с препаратами для прямого покрытия на регенерационную способность пульпы зуба: Автореф.: дис... канд. мед. наук. – М., 2014. – 20 с.
29. Островский А.Э. Оптимизация терапии больных с серорезистентностью при сифилисе с учетом параметров иммунного статуса и плазматических мембран лимфоцитов // Новосибирск, 2003. – 115 с.

30. Павлов Д.С. Озонотерапия в клинической практике // Физиотерапия. Бальнеология. Реабилитация. – 2003. – № 4. – С. 49 – 54.
31. Пашиа С.П., Иванов О.Л., Солнцев В.В. Озонотерапия в комплексном лечении полиморфного дермального ангиита // Рос. журн. кожн. и венер. болезней. – 2004. – № 1. – С. 33 – 37.
32. Полийчук Т.П., Шилов В.В., Королькова Т.Н. Кислородно-озоновая терапия у пациентов с локальными жировыми отложениями // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. – 2008. – № 3. – С. 8 – 9.
33. Полийчук Т.П., Королькова Т.Н. Изучение клинической эффективности кислородно-озоновой терапии при коррекции локальных жировых отложений // Рос. журн. кожн. и венер. болезней. – 2009. – № 5. – С. 58 – 62.
34. Проценко Т.В., Куценко И.В. Опыт применения озонотерапии в лечении больных с аллергодерматозами // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2003. – № 4 (11). – С. 34 – 36.
35. Проценко Т.В., Чубарь О.В., Якубенко Е.Д. Влияние озонотерапии на биохимический гомеостаз больных розовыми угрями // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2006. – № 2 (21). – С. 47-50.
36. Радионов В.Г., Шатилов А.В., Радионов Д.В. Оценка эффективности лечения больных сифилисом дюрантичными препаратами пенициллина // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2013. – № 2 (49). – С. 23 – 28.
37. Радионов Д.В. Серорезистентность после лечения сифилиса и некоторые причины ее возникновения // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2014. – № 1 (52). – С. 7 – 28.
38. Радионов Д.В. Особливості взаємовідношень мікстинфекції: сифілісу та гепатитів В і С // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2014. – № 4 (55). – С. 42 – 47.
39. Родоман Г.В., Никитин Л.А., Лаберко В.Н., Оболенский А.Л., Коротаев В. Озонотерапия в лечении больных с хирургической инфекцией // Рос. мед. журн. – 1999. – № 4. – С. 32 – 36.
40. Солнцев В.В., Иванов О.Л., Пашиа С.П. Озонотерапия в комплексном лечении полиморфного дермального ангиита // Рос. журн. кожн. и венер. болезней. – 2004. – № 1. – С. 33 – 37.
41. Солнцев В.В. Современные аспекты лечения ангиитов кожи (обзор литературы) // Рос. журн. кожн. и венер. болезней. – 2004. – № 3. – С. 8 – 13.
42. Стручков П.В., Александров О.В., Куликов А.Г., Гуревич М.В., Зайцев В.Я., Зубкова А.В. Озонотерапия в клинике внутренних болезней // Рос. мед. журн. – 2002. – № 3. – С. 47 – 50.
43. Халдин А.А., Кошелева И.В., Дайа М. Иммунокорректирующий эффект озонотерапии и интерферонов в дерматологической практике // Рос. журн. кожн. и венер. болезней. – 2007. – № 4. – С. 34 – 37.
44. Царев В.Н., Шулаков В.В., Агапов В.С., Смирнов С.Н. Комплексная озонотерапия ограниченного вялотекущего гнойного воспаления мягких тканей челюстнолицевой области // Стоматология. – 2001. – № 3. – С. 23 – 27.
45. Четкин А.В., Данильченко В.В., Чеботкевич В.Н., Касьянов А.Д., Макеев А.Б., Солдатенков В.Е. Профилактика трансфузионного сифилиса // Вестник дерматологии и венерологии. 2016; (1). – С. 11 – 16.
46. Шмелев Е.И., Белянин И.И. Озонотерапия затянувшихся пневмоний // Рос. мед. журн. – 2010. – № 1. – С. 6 – 11.
47. Samayoa B., Anderson M.R., Alonso Pacheco K.P., Lee C. Seroprevalence of HIV, hepatitis B, and syphilis among pregnant women at the general hospital, Guatemala City, 2005-2009 // Int. Assoc. Physicians AIDS Care (Chic). – 2010 Sep-Oct. – N 9 (5). – P. 313 – 317.
48. Seidler V., Linetskiy I., Hubalkova H., Stankova H., Smucler R., Mazanek J. Ozone and its usage in general medicine and dentistry. A review article. //Prague Med. Rep. – 2008. – Vol.109, N 1. – P5 – 13.
49. Tridapalli E., Capretti M.G., Sambri V., Marangoni A. et al. Prenatal syphilis infection is a possible cause of preterm delivery among immigrant women from eastern Europe // Sex. Transm. Infect. – 2007 Apr. – Vol. 83. – N 2. – P. 102 – 105.

Radionov D.V., Radionov V.G.

OZONE THERAPY AS ONE OF THE METHODS IN COMPLEX TREATMENT OF TRUE SERO-RESISTANCE

Donetsk National Medical University M. Gorky, Donetsk

Summary

During the recent years, at the modern stage of fighting against different kinds of infections in the world, the method of ozone therapy as a new non-medicamentous method with the use of oxygen-ozone mixtures, was introduced into the medical practice. The mechanism of its therapeutic effect is associated with a high oxidative-reductive ozone potency. Bactericidal and virucidal ozone action applies to all the strains of microorganisms and according to the data published in scientific literature it is also able to intensify its antibiotic efficacy.

Due to its manysided therapeutic action, the use of ozone in medical practice is considered to be justified because it makes it possible to enhance the efficacy of treatment of many chronic diseases, infectious complications of such diseases, and also of transmissible sexual infections including true seroresistance, in case of which the ozone therapy is used as one of pathogenetic methods of a complex treatment.

Key words: ozone therapy, oxygen-ozone mixtures, true seroresistance, syphilis, complex treatment.

Руденко И.В.

СВЕТОТЕРАПИЯ ПЛЮС ЗОЛОТАЯ ПРОПОРЦИЯ

*Лаборатория «Люментрон» Международной академии
энергоинформационных наук, г. Донецк*

Резюме

Цель настоящего исследования «Светотерапия плюс золотая пропорция» - расширение возможностей светотерапии усилением воздействия на организм эффектом пирамиды, постороенной по золотой пропорции. Материалом исследований выступает аппарат Лаборатории Международной академии энергоинформационных наук «Люментрон» - «Золотой луч» (ранее ГУРУ). Рассматривается принцип действия аппарата и возможность использования его эффектов (концентрированный высокополяризованный свет, эффект формы пирамиды) для лечения спектра заболеваний как поверхности кожи, так и внутренних органов методами рефлексотерапии - через биологически активные точки акупунктуры человека и зоны Захарьина-Геда. Контроль эффективности воздействия определяется диагностикой пациентов методом газоразрядной визуализации К.Г. Короткова. В результате исследований подтверждается высокая эффективность воздействия «Золотым лучом» и делается вывод о приемлемости использования аппарата в качестве медицинского прибора как для рефлексотерапии, так и для физиотерапии в целом.

Ключевые слова: светотерапия, пирамидотерапия, рефлексотерапия, физиотерапия, экология.

Первопроходцем лечения светом был датский физиотерапевт Нильс Рюберг Финзен. Он был единственным лауреатом-физиотерапевтом в истории Нобелевского комитета. Звание Н.Финзену присвоено в 1903-м году [10], подтверждая, что светотерапия – действительно эффективный и признанный научный метод лечения электромагнитными волнами оптического диапазона.

Этот метод поначалу применяли при лечении волчанки (туберкулеза кожи), которая обезображивает своих жертв. Однако, продвигаясь с своих исследований, последователи Н. Финзена свет поляризовали, используя так называемую «стопу Столетова», а затем научились применять его для лечения настолько длинного перечня заболеваний, от гнойных ран и пролежней до насморка, сахарного диабета и сердечно-сосудистых нарушений [3], что пришлось время обратить на светотерапию более пристальное внимание для широкого применения в зоне вооруженного конфликта, где в избытке и раненные, и тяжелобольные люди.

Если главный терапевтический аппарат светотерапии БИОПТРОН (Швейцария) известен и широко апробирован, то методология второго (аппарат ГУРУ (Гуляра-Руденко), разработана в лишь в 2001 г., новизна ее подтверждена в 2002 г. Патентом Украины [4], и лишь в 2009-м году запатентована современная разработка лаборатории «Люментрон» (представляющая в Донецке с 2012 года Южно-Российское отделение Международной академии энергоинформационных наук, Ростов-на-Дону) - аппарат «Золотой луч» как лечебный прибор [8]. В настоящее время в министерстве здравоохранения ДНР «Золотой луч» рассматривается как потенциальное медицинское изделие.

В аппарате БИОПТРОН, взятом в качестве прототипа, главной функциональной составляющей является поляризатор света, у которого диапазон волн составляет 480-3400-нм. Поляризация происходит методом отражения под углом Брюстера от многослойной стопы Столетова. Общеизвестно [12], что световой поток, колебания электромагнитных волн которого со-

вершаются в одной системе параллельных плоскостей, называется поляризованным светом. Установлено, что при отражении от прозрачной поверхности происходит поляризация света в плоскости падения света. При этом отраженная световая волна полностью поляризована, если угол падения удовлетворит условию

$$\operatorname{tg} i = n,$$

где n - коэффициент преломления вещества (для стекла $n = 1,5$), а $i = \operatorname{arctg} n = 56^\circ 24'$ (угол Брюстера).

Если свет падает на прозрачную пластину под углом Брюстера к отражающей поверхности, то отражается лишь около 15% от первоначального светового потока. Применение многослойного стекла (стопы Столетова) из 5 пластин стекла позволяет достичь величины поляризации около 75 %, а 8-10 пластин - до 100 % [3]. В аппарате БИОПТРОН используется стопа из 5 стекол толщиной 0,7 мм [2]. В поляризаторе ГУРУ («ЗОЛОТОЙ ЛУЧ») собрана стопа из 7 стекол толщиной 1,3 мм, что обеспечивает величину поляризации, близкую к 100 %.

Исследования механизмов биологического действия света аппаратов БИОПТРОН показали наличие ряда лечебных эффектов [3]. К ним относятся уменьшение болевых синдромов, коррекция расстройств поверхностных кожных образований, нормализация иммунитета и др. Оказалось также возможным лечить ряд заболеваний путем стимуляции биологически активных зон [5].

Обработка ПАЙЛЕР-светом биологически активных зон кожи позволяет уменьшить негативное воздействие на организм патогенных излучений техногенного происхождения, уменьшить нагрузку на механизмы компенсации негативного электромагнитного действия (нагревающее, дестабилизирующее и т.п.). Такая «передышка» для системы электро-магнитной регуляции функций организма [7] ускоряет выздоровление.

Однако новизна донецких аппаратов светотерапии ГУРУ и ЛЮМЕНТРОН «Золотой луч» заключается не только в более мощном и совершенном формировании поляризованного света в сравнении со швейцарскими аппаратами. Важную терапевтическую роль играет также расположение источника света в фокусе модели

пирамиды Хеопса. Это расширяет и углубляет возможности энергетического воздействия на организм и в дополнение к известным возможностям светотерапии прибавляет возможности так называемой «пирамидотерапии», прямого воздействия на организм информационной энергией золотой пропорции.

Исследования немецкого доктора М. Димде комплекса пирамид на плато Гизы [13] биологическое действие формируемых пирамидой собственных полей. Геометрически правильные сооружения служили источником положительной энергии для египтян, если они находились с северной стороны пирамид, и являлись средством диагностики заболеваний при размещении человека в южной части. Диагностическим признаком считалось обострение скрытых заболеваний (под воздействием отрицательного вихревого поля). Эти данные М. Димде подтвердил при анализе самочувствия туристов, прошедших плато по специально разработанным маршрутам, а также по замерам нескольких групп «лозоходцев», выполненным в разные годы. Были разработаны практические рекомендации по коррекции состояния человека в домашних условиях с помощью моделей пирамид Хеопса. Главное достоинство этих моделей – соответствие «золотой пропорции», то есть отношение апофемы грани к половине основания пирамиды, равное в точности числу Фибия 1,618.

Учеными-медиками еще в конце прошлого века доказано, что многие биохимические и физиологические процессы в организме, работа внутренних органов и их систем подчинены законам золотой пропорции. К ним относятся: конфигурация внутренних органов, объемы вдыхаемого и выдыхаемого воздуха (спирограмма); скорость воздушных потоков (пневмотахограмма); амплитуда зубцов ЭКГ, соотношение амплитуды и времени цикла сердцебиения; фонокардиограмма ССС – музыкальный интервал между первым и вторым тоном сердцебиения; строение артериальной системы; количественная зависимость массы крови от массы тела; параметры артериального давления; соотношение вязкость крови – температура тела; соотношение объем крови – объем плазмы – глобулярный объем; пропорции веществ в гемоглобине;

соотношение числа эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов; геометрия молекулы ДНК и т.д.

7 декабря 2005 года на Кубе впервые в мире метод пирамидотерапии получил официальный статус. В этот день Учёный совет Национального центра природной и традиционной медицины по результатам 20-летних исследований профессора Высшего института медицинских наук провинции Камагуэй, известного травматолога и ортопеда Улисеа Соса Салинаса признал такие свойства пирамидальной энергии, как: ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ, БОЛЕУТОЛЯЮЩЕЕ, БАКТЕРИОСТАТИЧЕСКОЕ, РЕЛАКСАЦИОННОЕ, УСПОКОИТЕЛЬНОЕ и рекомендовал метод лечения с помощью пирамидального эффекта для внедрения в Национальной системе здравоохранения [11].

В перечне болезней, которые кубинские врачи лечат при помощи пирамидального поля: болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани: вывих, растяжение, артрит, остеохондроз, подагра; болезни кишечника: колит, геморрой, запоры; болезни мужских половых органов: простатит и аденома; болезни женских половых органов: воспаления матки и придатков, миома матки, киста яичников; болезни почек и надпочечников; болезни органов брюшной полости: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, гастрит, холецистит, гепатит. Эндокринные заболевания – сахарный диабет. Кожные болезни: экзема, псориаз, дерматит. Болезни сердечнососудистой системы. Болезни органов дыхания: бронхит, пневмония, бронхиальная астма, респираторные заболевания. ЛОР заболевания: гайморит, фарингит, отит.

При этом по представлениям и рекомендациям кубинских врачей используются полые каркасные пирамидки разных размеров, выполненные из проволоки или полос из немагнитного металла. При лечении обязательно нахождение пациента либо в фокусе пирамиды, либо под пирамидой.

Вынос же энергии пирамиды из ее фокуса вовне в терапевтических целях при помощи поляризованного света является дальнейшим шагом в развитии этой древней технологии лечения, нашедшей свое применение в наши дни.

Схема аппарата ЛЮМЕНТРОН «Золотой луч» (рис. 1) демонстрирует его составные части и создаваемые физические факторы в соответствии с патентом Украины №40676 от 27.04.2009 г. на полезную модель «Аппарат лечебный «Пирамида семьи Руденко».

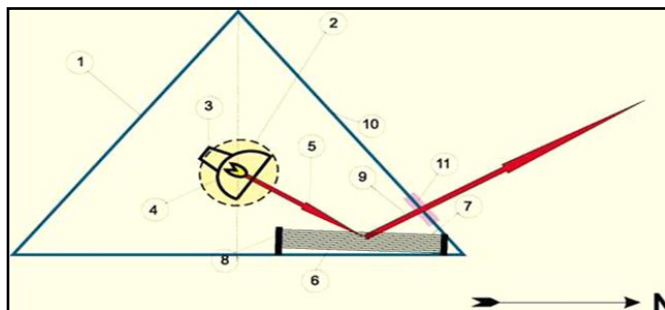


Рисунок 1. Схема работы аппарата «Золотой луч»

В фокусе (2) пирамидального корпуса (1) на высоте 1/3 от основания расположена галогенная лампа (3) на 220 В с отражателем (4). Поток электромагнитных волн (5) оптического диапазона (длина волн от 0,4 мкм до 0,75 мкм), излучаемых лампой, поляризуется отражением от стопы Столетова (8), состоящей из 7 пластин из специального стекла (6), и осуществляет вынос энергии золотой пропорции (9) из фокуса пирамиды через круглое отверстие (11) в северной грани (10) пирамиды.

Причем доказано, что одновременно наблюдается эффективность светотерапии и для поверхностных тканей кожи, и для биологически активных точек и зон Захарьина-Геда. Воздействуя на эти зоны на поверхности кожи, свет насыщает лечебной энергией внутренние органы, ничуть не уступая по глубине и качеству воздействия широкоизвестной иглотерапии. И если метод иглотерапии признан на Востоке, являясь уже тысячи лет в большинстве случаев наиболее эффективным лечебным воздействием, а в официальной Западной медицине иглотерапия признана основным методом рефлексотерапии [9], то светолечение как метод рефлексотерапии демонстрирует высокие результаты без должного признания в среде лечащих врачей.

Следует обратить внимание на качественные различия между воздействием на акупунктурные точки введением золотых или серебряных игл-антенн в эпоху зарождения иглотерапии,

когда земной эфир был насыщен исключительно природными информационными потоками так называемой энергии ЧИ [9], и нашим временем, когда земной эфир пресыщен электромагнитным смогом и негативными эмоциями, несомыми в радио- и телевизионном эфире, а также по мобильной связи. Подробно эти факторы так называемой «эниологии», науки, изучающей энерго-информационное воздействие среды на человека, рассматриваются в цикле исследований «Интервью у Вселенной».

И если раньше, проникая через иглы в меридианы, чистый природный энергетический поток ЧИ струился в тонком теле человека и исцелял при разных заболеваниях, то сегодня эта чистота утрачена. Поэтому введение антенн-игл в тело зачастую приводит в наши дни к обратным эффектам, насыщая тело болезнетворной энергией и информацией. Но это не означает, что иглотерапию необходимо отменить и запретить. Есть более разумное решение. В 2003-м году автор данной статьи выступил соучредителем Донбасской ассоциации традиционной китайской медицины наряду с врачом-невропатологом высшей категории А.Ю. Левченко и известным врачом-рефлексотерапевтом Д. М. Тищенко.

В наших исследованиях мы пришли к выводу, что приборами лаборатории «Люментрон» при иглотерапии возможно блокировать проникновение негативной энергии из эфира, а взамен ей насытить энергетический поток - лечебной энергией золотой пропорции, вынесенной из фокуса модели пирамиды Хеопса с помощью поляризованного света. Более того, даже без установки игл «ЗОЛОТОЙ ЛУЧ» оказывает самостоятельное терапевтическое воздействие, причем в значительно большей степени, чем поляризованный световой поток швейцарских аппаратов «Бионик» или «Биоптрон». И это объясняется тем, что поляризованный свет в рассматриваемом здесь случае представляет собой поток частичек-квантов света, несущих в своем тороидальном вращении информацию золотой пропорции и доставляющий эту лечебную энергию из фокуса пирамиды Хеопса в тело человека.

В дополнение к этому работает также инфракрасное излучение от разогреваемого теплом галогеновой лампы керамического корпуса аппарата Люментрон «Золотой луч». И здесь также

волны и кванты инфракрасного света несут в организм лечебную энергию золотой пропорции.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЙ

Использованы (А.Ю. Левченко) аппарат и метод газоразрядной визуализации Короткова, принцип действия которого основан на оценке биополя кончиков пальцев обеих кистей. Излучение с поверхности кончиков пальцев, зарегистрированное в электромагнитном поле высокого напряжения, отражает зональную неравномерность, связанную с представительством внутренних органов через биологически активные зоны. Это позволяет после математической обработки по методу Короткова [6] получить информацию, характеризующую биополе всего организма (рис. 2). Видны участки «выпадения» ауры (фрагмент Б), свидетельствующие об энергетическом дисбалансе. Экспериментально показано, что имеется достоверная корреляция между патологическими состояниями (бронхиальная астма, язвенная болезнь, крапивница и др.) и конфигурацией биоэнергетического поля [1].

Данные, полученные с помощью аппарата Короткова, представляются изображением ауры человека или круговой диаграммы распределения интенсивности свечения участков, связанных с различными органами и системами (рис. 2, 3). В случае нормального их функционирования диаграмма приближается к окружности. Снижение интенсивности свечения (т.е. уход диаграммы за внутреннюю границу его кольца) соответствуют гипофункции того или иного органа, выходы за внешний контур характеризуют энергетическую гиперфункцию.

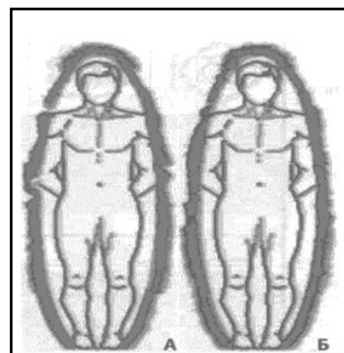


Рисунок 2. Распределение энергетических потоков у обследуемого в исходном состоянии (А) и после 10-минутного воздействия ГУРУ-светом (Б): видно улучшение равномерности распределения энергетики и общего ее уровня.

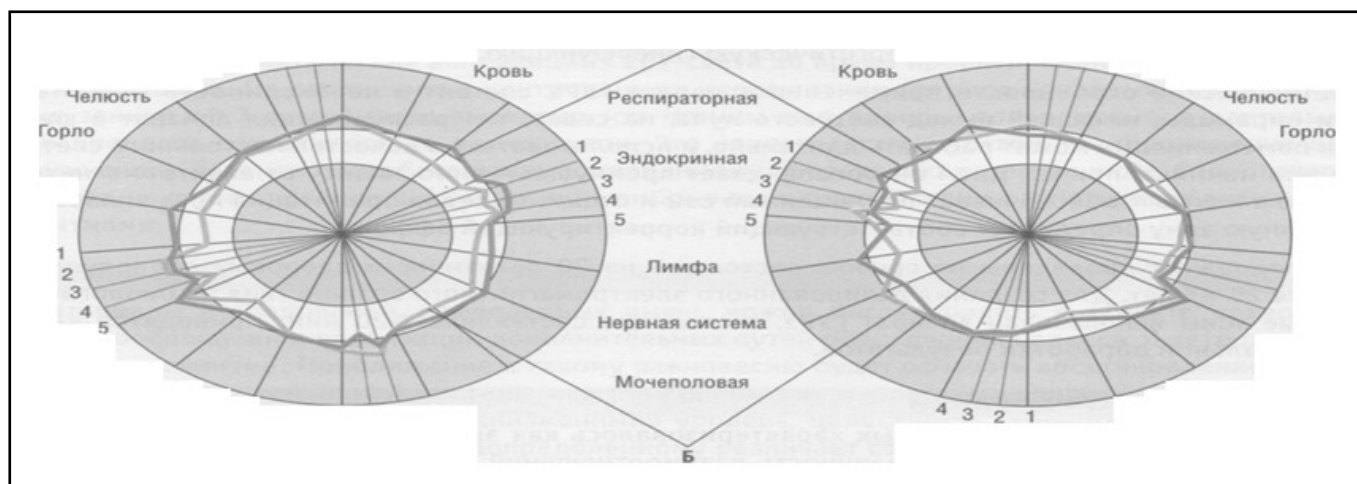


Рисунок 3. Динамика энергообеспечения органов после 11-ти минутного воздействия лучом аппарата ГУРУ на левую ладонь:

По сравнению с исходной (А) диаграммой отмечается тенденция к увеличению площади свечения (то есть энергетики в целом) и сглаживанию зазубрин исходной диаграммы с приближением ее формы к окружности (Б), что свидетельствует гармонизации (выравниванию) энергетического баланса в организме.

По сравнению с исходной (А) диаграммой отмечается тенденция к увеличению площади свечения (то есть энергетики в целом) и сглаживанию зазубрин исходной диаграммы с приближением ее формы к окружности (Б), что свидетельствует гармонизации (выравниванию) энергетического баланса в организме

Методические особенности применения аппарата ЛЮМЕНТРОН «ЗОЛОТОЙ ЛУЧ» состоят в необходимости ориентации грани пирамиды, имеющей выход светового луча, на север, т.е. расположения аппарата в южной части помещения. Он может работать длительно и использоваться в качестве ночника, что обеспечивает защиту от электромагнитного «смога» и полноценный сон и отдых. Целевая ориентация луча аппарата на ту или иную зону определяет соответствующий корректирующий терапевтический эффект.

Исследования проведены на группе, состоящей из 20 практически здоровых обследуемых в возрасте 25-45 лет. Для создания дозированного электромагнитного воздействия на биологически активные зоны использован аппарат «Золотой луч», экспозиция составляла 7-20 мин.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ВЫВОДЫ

Исходное состояние обследуемых характеризовалось как энергетической гиперфункцией, так и гипофункцией. Сравнение исходных характеристик с данными, полученными после аппликации света ГУРУ (Люментрон) на различные зоны кожи испытуемых, продемонстрировало эффект нормализации, т.е. «выравни-

вания» энергетического состояния (рис. 3). Это касалось участков как с гиперфункцией, так и гипофункцией (от 10 до 90 %).

Двухкомпонентность электромагнитного потока ГУРУ определяет весьма широкую сферу его применения.

В число показаний входит, во-первых, нейтрализация негативных излучений, вызванных бытовыми источниками (электронно-лучевые дисплеи компьютеров и телевизоров, источники мобильной связи и т.п.), упорядочивание структуры электромагнитных волн внутренних помещений, содержащих электрические кабели, двигатели, бытовые излучатели микроволн (печи) и т.п. Во-вторых, зональная терапия поляризованным светом расстройств иммунитета, повреждений и заболеваний кожи, открытых ран и ожогов. И, наконец, в-третьих, использование биологически активных зон (точек акупунктуры) для воздействия на систему регуляции электромагнитного баланса организма и получения системных эффектов [2].

И немаловажный фактор – цена вопроса. В сравнении со швейцарским аппаратом «БИОПТРОН», стоимость которого составляет от 500 евро и выше, наш отечественный «Золотой луч» может быть изготовлен втрое дешевле при значительно более широком спектре возможностей и при большей степени поляризации света. Это открывает широкие возможности для его применения в медицинских учреждениях после завершения процедуры сертификации и просвоения прибору Люментрон «Золотой Луч» официального статуса «медицинское изделие».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александрова Р.А., Коротков К.Г., Филиппова Н.А. и др. Новые подходы к оценке состояния и лечению больных с позиций энергоинформационных представлений // В кн.: Системный подход к вопросам анализа и управления биологическими объектами. Матер. науч.-практ. конф., М.- С-Петербург.- 2000.- С. 12-13.
2. Антология светотерапии // Гуляр С.А., Руденко И.В. Обоснование и техническое решение проблемы электромагнитного кондиционирования ближайшей окружающей среды (поляризационный аппарат ГУРУ), Институт физиологии им. А.А. Богомольца НАН Украины, Киев, 2009 г.
3. Антология светотерапии. / Сборник научных трудов. Под. ред.- проф. С.А. Гуляр – Киев: Изд-во Ин-та физиологии им. А.А. Богомольца НАН Украины, 2009. – 1024 с.
4. Гуляр С. А., Руденко И. В. Способ формирования сигнала воздействия на биологич. объект и нейтрализации патогенных излучений и устройство для его осуществления. Патент Украины № 49253А.- 16.09.2002, - Бюл. 2002. - № 9.
5. Гуляр С. А. Концепция электромагнитного баланса организма и окружающей среды: роль БИОПТРОН-светотерапии // В кн.: Новые технологии - путь в будущее. Сб. научных трудов и разработок. Вып. 2. – Киев – Донецк: Юго-Восток, 2003. – С. 108-120.
6. Коротков К.Г. Разработка научных основ и практическая реализация биотехнических измерительно-вычислительных систем анализа газоразрядного свечения, индуцированного объектами биологической природы: Дис. д-ра техн. наук,- С-Петербург, 1999, - 205 с.
7. Лиманский Ю. Л., Тамарова З. А., Гуляр С. А. Биологические механизмы действия электромагнитных полей и линейно поляризованного света прибора БИОПТРОН // Матер. юбил. науч.-практ. конф. – Киев: Центр,- 1999.- С. 22-28.
8. Руденко И.В. «Аппарат лечебный «Пирамида семьи Руденко». Патент Украины на полезную модель №40676. - 27.04.2009.
9. Руководство по рефлексотерапии / Под ред. д. мед. наук, проф. Е.Л. Мачерет. – 3-е изд., перераб. доп. – К.: Выща шк., 1989. – 479 с.
10. Сайт Нобелевского комитета
11. Салинас. У.С. Пирамидальная терапевтическая энергия: миф или реальность? Высший институт медицинских наук, Камагуэй (Куба), 2003.
12. Справочник по элементарной физике / Под ред. Лободюк В.А. – К.: Наук. думка, 1975. – С. 324.
13. Dinde M. Целительная сила пирамид (пер. с нем.).- М.: ФАИР-ПРЕСС, 2001,- 320 с.

Rudenko I. V.

LIGHT THERAPY PLUS GOLD PROPORTION

*The founder of the Donbas Association of Traditional Chinese Medicine (since 2003),
the head of the Lumentron Laboratory of the International Academy of Energy and
Information Sciences (Rostov-on-Don - Donetsk, since 2012)*

Summary

The purpose of this study is «Light therapy plus a golden proportion» - an increase in the possibilities of light therapy by enhancing the effect on the body of the effect of the pyramid, constructed according to the golden ratio. The material of the research is the apparatus of the Laboratory of the International Academy of Energy and Information Sciences «Lumentron» - «Golden Ray» (formerly GURU). The principle of the device's operation and the possibility of using its effects (concentrated high-polarized light, pyramid-shaped effect) are considered for treating the spectrum of diseases of both the skin surface and internal organs by reflexology-through biologically active points of human acupuncture and the Zakharyin-Ged zone. The control of the effectiveness of the effect is determined by the diagnosis of patients by gas-discharge imaging. Korotkova. As a result of the research, the high effectiveness of the «Golden Ray» is confirmed and the conclusion is made about the acceptability of using the device as a medical device for both reflexotherapy and for physiotherapy in general.

Key words: light therapy, pyramid therapy, reflexotherapy, physiotherapy, ecology.

Авсянкина Т.И.

МЕЛАНОМА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА)

Городской дерматовенерологический диспансер г. Снежное МЗ ДНР

Резюме

Представлено описание клинического случая меланомы у больного Б. 47 лет, выделены клинические особенности случая и представлен обзор литературных данных по этой проблеме в клинической практике.

Ключевые слова: меланома, клинические разновидности, факторы риска.

Клиническое проявление меланомы изучены достаточно хорошо. Выделяют шесть признаков меланомы:

1. Форма выпуклая, приподнятая над уровнем кожи. Меланома *in situ*- плоская.
2. Изменение размеров, ускорение роста.
3. Границы неправильные, опухоль имеет изрезанный край.
4. Асимметрия - одна половина опухоли не похожа на другую.
5. Размеры крупные - диаметр опухоли обычно больше 6 мм.
6. Окраска неравномерная - беспорядочно расположенные коричневые, серые, розовые и белые участки. [1, 5].

Локализация меланомы: 30-50% меланом возникает из предшествующих пигментных образований, а 50-70% формируется на чистой коже, т. е. меланома *de novo*.

Выделяют 2 клинические разновидности меланомы: беспигментная и пигментобразующая, которая в свою очередь имеет такие формы: поверхностно - распространяющаяся форма; лентиго меланома; узловая форма; акральная меланома (дистальные области конечностей); мукозная форма (ротовая полость, пищевод, анус, влагалище, конъюнктивы).

Поверхностно-распространяющаяся меланома (ПРМ). На ее долю приходится около 70% заболеваний. Частота опухоли почти одинакова для обоих полов, однако опухоль встречается примерно в 2 раза чаще у мужчин

на кожи головы, шеи, туловища и в 3 раза чаще у женщин на бедрах и голени. Обычно ПРМ развивается в течение нескольких лет. Отмечается двухфазность развития этой опухоли: I фаза – горизонтальный, радиальный рост и отсутствие инвазии опухолевых клеток в ретикулярный слой дермы. II фаза – вертикального роста характеризуется инвазией опухолевых клеток в ретикулярный и подкожно-жировой слой [2, 4].

Лентиго меланома. На ее долю приходится 5% случаев среди всех видов меланом. Возникает в половине случаев у пациентов старше 65 лет. Летальность достигает 10%. Отмечается двухфазность. I фаза – горизонтальная, продолжительность роста 10, 20 и более лет. II фаза- вертикальная, инвазия в дерму. Более 90% всех случаев локализуется в области головы, шеи и тыла кистей. Кроме локализации на открытых участках тела, наблюдаются отдельные поражения на коже спины, бедер, голени. Опасность возникновения метастазов при этом типе меланомы не высока.

Узловая меланома (УМ). Она составляет 12-15% всех случаев. Средний возраст к моменту установления гистологического диагноза 50 лет. УМ в 2 раза чаще встречается у мужчин, чем у женщин при таких локализациях как спина, голова, шея. С прогностической точки зрения это наиболее неблагоприятная форма меланомы, при которой отсутствует фаза радиального роста. В своей эволюции

УМ претерпевает только фазу вертикального роста, начиная с ранних этапов развития.

Акральная меланома (АМ). На ее долю приходится 5-10% всех меланом. Летальность достигает 3%. Высокий процент метастазирования [3, 4, 7].

Выделяют три группы факторов риска: группа крайнего риска – сообщение больного об изменении вида «родимого пятна», один или несколько диспластических невусов в сочетании с меланомой в семейном анамнезе (связно с мутациями в коротком плече 16-й хромосомы); группа высокого риска – меланома у близкого родственника (сестра, брат, родители), спорадические диспластические невусы, врожденные невоклеточные невусы (риск уменьшается в ряду: гигантские- крупные- мелкие); группа умеренного риска – светлая кожа, особенно со светочувствительностью I-II типа, рыжие волосы, веснушки, тяжелые солнечные ожоги (в детстве). [2, 4, 6].

Меланоопасные невусы: пограничный пигментный невус, синий невус, невус Ота, невус Ито, гигантский пигментный невус, предраковый меланоз Дюбрея (лентиго). [1, 2, 4].

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Больной Б. 47 лет обратился к врачу дерматовенерологу с жалобами на наличие высыпаний на коже задней поверхности левой голени. Высыпания заметил около недели, причину начала заболевания связывает с периодической травматизацией кожи и особенностью условий труда.

Из анамнеза выяснили, что на месте появления очага поражения ранее было образование «родинка», а так же трижды оперирован по поводу гигромы на коже левой стопы в условиях онкологического отделения по месту жительства (со слов пациента), последнее удаление в 2008 году. Медицинская документация о ранее перенесенных операциях не сохранилась.

Эпидемиологический анамнез: Переливаний крови не было. Непереносимости к медикаментам не отмечает. В эпидемические страны не выезжал.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожа вне очагов поражения не

изменена. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Костно- мышечная система без видимой патологии. Тоны сердца чистые, ритмичные. Пульс 70 ударов в минуту, хорошего наполнения и напряжения. АД 120/80 мм.рт. ст. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Локальный статус: патологический процесс локализуется на коже левой голени, области латеральной поверхности средней трети. Очаг поражения представлен участком гиперемии, отека и слабой инфильтрации кожи, размером до 10 x 4 см с наслоением серозно- гнойных корок, скудным сукровичным отделяемым. На коже латеральной поверхности тыла левой стопы имеется послеоперационный рубец длиной до 12 см.

Проведена дерматоскопия: в верхней части очага на голени определяется многоцветность с чередованием участков «голубой вуали», бесструктурным скоплением пигмента, эритемой, корочками. В нижней части образования пигмент отсутствует. На коже левой стопы сбоку от послеоперационного рубца - светло-коричневый пигмент в виде «тяжей», с противоположной стороны рубца на атрофичном фоне сосуды в виде «точек», «запятых», «шпилек».

Обследован: общий анализ крови: гемоглобин 143г/л, эритроциты- 4,25г/л, цветной показатель- 0,9, лейкоциты-4,7г/л, СОЭ- 5 мм/ч, палочкоядерные- 1,0, сегментоядерные-61,0, эозинофилы- 2,0, лимфоциты-32,0, моноциты-4,0, глюкоза крови-4,6ммоль/л. РВ от 03.11.2016г №31-отриц. Биохимический анализ крови: билирубин общий-15,7мкмоль/л за счет непрямого, АлТ-1,08мкмоль/л, АсТ-1,19 мкмоль/л, креатинин-114 мкмоль/л, холестерин- 8,34 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес- 1018, эпителий плоский- 2-3 в поле зрения, лейкоциты-1-2 в поле зрения.

С целью уточнения диагноза (Травмированный пигментный невус левой голени, осложненный вторичной инфекцией? Меланома левой голени?) направлен на консультацию в Республиканский онкологический центр им.

проф. Г. В. Бондаря, где была проведена диагностическая биопсия и иссечено опухолевидное образование на левой голени. При гистологическом исследовании: пигментированная меланобластома, II стадия по Кларку, 1,5 см по Бреслоу. После консультации химиотерапевта рекомендовано наблюдение у онколога каждые 6 месяцев в течении 5-ти лет.

Особенностью данного клинического случая является не характерная клиническая картина данного новообразования и присоединение вторичной инфекции, что повлияло на изменение клинической картины. Учитывая дополнительные методы исследования (дерматоскопия) имеющиеся у врача дермато-

венеролога на приеме и правильно собранный анамнез заболевания (удаления образований более 8 лет назад), а так же качественный и правильный осмотр всех кожных покровов, было заподозрено и выявлено на ранней стадии злокачественное новообразование кожи (меланома).

Указанный случай демонстрирует многообразие дерматологических, клинических проявлений меланомы и вероятность обращения пациентов к специалистам разного профиля, что объясняет актуальность проблемы в клинической практике, и еще раз подтверждает актуальность обучения на курсах и самообразование.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Боулинг Д. Дерматоскопическая дерматоскопия. - С. 35-57.
2. Джор Р., Сойер Х. П., Арджениано Дж., Скальвенци М. Дерматоскопия. - 2010г. - стр. 101.
3. Кунгуров Н. В., Малышевская Н. П., Кохан М. М., Злокачественные новообразования кожи: заболеваемость, ошибки диагностики, организация раннего выявления, профилактика. - 2010 г. - с. 232.
4. Ламоткин И. А., Биноил М. Клиническая дерматология, атлас.-2011 - стр. 499.
5. Носатенко В., Туцу Н., Путеводитель в онкологическую дерматологию. -2005г. – стр.54-60
6. Чиссов В. И. и соавторы Ранняя диагностика меланомы.
7. Kaare Weismann, M.D., Henrik F. Lorentzen, M.D., Carsten Sand, M.D. «DERMOSCOPY» - стр. 48-60.

Avsyankina T.I.

MELANOMA (A CLINICAL CASE IN THE PRACTICE OF A DERMATOVENEREOLOGIST)

City dermatovenereological clinic in the town of Snezhnoe MZ DNR

Summary

A description of the clinical case of melanoma in patient B. 47 years is presented, the clinical features of the case are highlighted and an overview of the literature data on this problem in clinical practice is presented.

Key words: *melanoma, clinical varieties, risk factors.*

Корчак И.В., Корчак А.И.

ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИНДЕКСЫ В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме

Представлено применение дерматологических индексов в описании клинических наблюдений угревой болезни, представлен обзор литературных данных по этой проблеме.

Ключевые слова: *угревая болезнь, качество жизни, дерматологические индексы.*

Угревую болезнь (УБ) относят к одному из наиболее распространенных дерматозов в мире. Данное заболевание занимает первое место в структуре косметологической патологии и третье – по частоте обращаемости больных дерматологического профиля. Отмечается не только увеличение числа больных УБ, но и более тяжелое ее течение, что, в свою очередь, влияет на внешний вид пациентов, вызывая стойкие эстетические дефекты, приводящие к психической угнетенности и значительному ухудшению качества жизни пациентов. УБ является хроническим заболеванием кожи, в патогенезе которого играет роль наличие микробной флоры на поверхности кожи и в волосяных фолликулах, гипертрофия и гиперсекреция сальных желез и воспалительная реакция окружающих тканей. Среди патогенетических механизмов отмечают токсическое воздействие продуктов жизнедеятельности условно-патогенной флоры желудочно-кишечного тракта и непосредственно кожи, что индуцирует и стимулирует Т-клеточное воспаление, формирование инфильтративно экссудативных элементов. Воздействуют на течение дерматоза метеорологические факторы, эндокринные нарушения, погрешности в диете, нерациональный уход за кожей, наличие очагов хронической инфекции, психоэмоциональный стресс. Несмотря на совершенствование методов лечения заболевания часто отмечается неудовлетворенность больных результатами

терапии, что во многом связано с поздним ее началом и особенностями клинических форм УБ: комедонной, папулезно-пустулезной, атероматозной, уплотненной, абсцедирующей, флегмонозной, шаровидной, фульминантной [1, 3, 6, 7, 10, 13].

При УБ поражаются преимущественно открытые участки кожи (лицо, шея, верхняя часть груди, спины, плеч), которые играют роль в межличностной и социальной коммуникации. Именно поэтому данное заболевание существенно влияет на психоэмоциональное состояние пациентов. Больные находятся в состоянии хронического стресса и социальной дезадаптации, имеют различные психовегетативные нарушения, наличие косметического дефекта поддерживает психотравмирующую ситуацию и вызывает целый ряд проблем, которые максимально утяжеляют межличностные и психосоциальные отношения, способствуют снижению качества жизни. В медицинской практике однозначно признают негативное влияние именно кожной патологии на качество жизни человека. Большое количество исследований качества жизни в группах больных различными дерматозами выявили серьезные проблемные трансформации, включающие в себя такие параметры, как: изменение эмоциональной реактивности и социальную изоляцию, нарушение аппетита, сна, работоспособности, проблемы общения личности как в рабочем коллективе, так и в семье. Эти изменения свя-

Таблица 1

Определение индекса тяжести угревой болезни

Балы	0	1	2	3	4
Папулы, пустулы Узлы Абсцессы Глубокие инфильтраты Флегмонизация Кисты Рубцы	Высыпания отсутствуют	Высыпания единичные	Высыпания умеренные	Высыпания значительные	Очень обильные высыпания
Площадь	0	до 25%	25-50%	51-75%	76-100%

	Баллы			
	Лицо и шея (ЛиШ)	Верхние конечности (ВК)	Грудь (Гр)	Спина (Сп)
Папулы, пустулы	“ ”	“ ”	“ ”	“ ”
Узлы	“ ”	“ ”	“ ”	“ ”
Абсцессы	“ ”	“ ”	“ ”	“ ”
Глубокие инфильтраты	“ ”	“ ”	“ ”	“ ”
Флегмонизация	“ ”	“ ”	“ ”	“ ”
Кисты	“ ”	“ ”	“ ”	“ ”
Рубцы	“ ”	“ ”	“ ”	“ ”
Суммарно х Площадь	“ ” “ ”	“ ” “ ”	“ ” “ ”	“ ” “ ”
= х Коэффициент для каждого участка	“ ” “ ” 0,1	“ ” “ ” 0,2	“ ” “ ” 0,3	“ ” “ ” 0,4
=	“ ” “ ” “ ”	“ ” “ ” “ ”	“ ” “ ” “ ”	“ ” “ ” “ ”
Индекс тяжести = (ЛиШ)_____+(ВК)_____+(Гр)_____+(Сп)_____ = _____				

заны как с самим заболеванием и его патологическим влиянием, так и различными видами проводимого лечения [4, 5, 7, 9, 11, 12].

Учитывая многолетнее рецидивирующее течение УБ, сложности в лечении данного дерматоза разработаны унифицированные подходы к терапии с учетом степени выраженности симптомов болезни, применяя дерматологические индексы [2, 7, 8].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить эффективность разработанных дерматологических индексов при различных клинических формах УБ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под наблюдением находилось трое больных с различными клиническими формами УБ: папуло-пустулезной, атероматозной,

абсцедирующей, из них одна женщина и двое мужчин. Используются следующие дерматологические индексы: индекса тяжести УБ (ИТ), специфический опросник – метод оценки качества жизни (Довжанский С.И., 2001), дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ) в модификации Кочергина Н.Г.

ИТ УБ основан на определении площади поражения и морфологии сыпи (табл.1). В зависимости от ИТ выделили 4 степени поражения УБ: первая – ИТ до 15 баллов, вторая – от 15 до 30 баллов, третья – от 31 до 45 баллов, четвертая – свыше 45 баллов) (см. табл.) [7].

Для оценки негативного влияния УБ на различные аспекты жизни больного использовались два дерматологических индекса.

Дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ), называемый в англоязычной практике Dermatology Life Quality Index (DLQI). Данный индекс представляет собой специальное анамнестическое анкетирование, разработанное F. Y. Finlay в начале 90-х гг. XX в. (Уэльский университет, Великобритания) и может быть использован как один из критериев оценки эффективности терапии кожного заболевания у конкретного больного. Русифицированная версия индекса подготовлена и апробирована на валидность Н.Г. Кочергиным и Е.П. Буровой [8, 9]. Опросник включает 10 вопросов, адресованных самому больному и сформированных таким образом, чтобы охватить разные аспекты снижения качества жизни. Анкета включает в себя оценочные показатели от 0 до 30 баллов. Максимальное значение достигает 30 баллов, что соответствует существенному снижению качества жизни за счет болезни. Индекс состоит из шести основных параметров: симптомы и самочувствие, ежедневная активность, досуг, работа и учеба, личные отношения и лечение. Максимальная сумма баллов, которую можно набрать при оценке данной шкалы составляет 30, и чем ближе показатель к этой отметке, тем более негативно заболевание сказывается на качестве жизни пациента.

Так же был использован опросник больных хроническими дерматозами по С.И.Довжанскому, необходимый для оценки качества жизни с учетом особенностей хронической патологии кожи лица и ее влияние на показатели

психоэмоциональной сферы, работоспособности, медико-социальные и экономические аспекты жизнедеятельности больного [6]. Цель применения данного индекса – оценка качества жизни пациентов, страдающих разными формами УБ. Оценка качества жизни осуществлялась методом анкетирования. Результаты опроса оценивались по бальной шкале от 0 до 5 баллов: 0 баллов – максимально благоприятный показатель, 5 баллов – максимально неблагоприятный показатель. Сумма баллов: 0 – высокий уровень качества жизни, 105 – катастрофически низкий уровень жизни.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В наших наблюдениях ИТ до лечения у пациентки с папуло-пустулезной формой УБ составил 14 баллов, у пациента с атероматозной формой – 25 баллов, у пациента с абсцедирующей формой – 39 баллов, а после лечения соответственно – 5, 13, 20.

При оценке качества жизни в наших наблюдениях до лечения у пациентки с папуло-пустулезной формой УБ ДИКЖ составил 13 баллов, у пациента с атероматозной формой – 22 баллов, абсцедирующей – 27 баллов, после лечения соответственно – 7, 18, 25.

При оценке качества жизни по индексу С.И.Довжанского в наших наблюдениях до лечения у пациентки с папуло-пустулезной формой УБ он составил 38 баллов, у пациента с атероматозной формой – 65 баллов, с абсцедирующей – 89 баллов, после лечения соответственно – 15, 41, 59.

Таким образом использование дерматологических индексов при различных клинических формах УБ показывают различную степень выраженности симптомов и различное отношение пациентов к своему заболеванию, что может быть использовано для коррекции лечебно-профилактических мероприятий и оптимизации терапии.

ВЫВОДЫ

Использование дерматологических индексов позволяет унифицировать степень выраженности дерматологических симптомов, а также индивидуализировать и оптимизировать терапию.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адашкевич В. П. Акне вульгарные и розовые. – М.: Медкнига; Н. Новгород: НГМА, 2005. – 160 с.
2. Адашкевич В. П. Диагностические индексы в дерматологии. – М.: Медицинская книга, 2004. – 165 с.
3. Акне и розацеа / Под ред. Н.Н.Потекаева – М.: БИНОМ, 2007. – 211 с.
4. Голоусенко И. Ю. Акне у женщин: этиологические и патогенетические механизмы, диагностика и лечение: автореф. дисс. на соискание ученой степени д-ра мед. наук. – Москва, 2014. – 46 с.
5. Дворянкова Е. В., Потекаев Н. Н., Горячкина М. В. Психосоциальные аспекты угревой болезни у женщин с синдромом гиперандрогении // Клиническая дерматология и венерология. – 2007. – №3. – С.47-50.
6. Довжанский С. И. Качество жизни – показатель состояния больных хроническими дерматозами // Вестник дерматологии и венерологии. – 2001. – №3. – С. 21-23.
7. Корчак И. В. Комплексное лечение больных угревой болезнью с использованием квантовой гемотерапии и препарата растительного происхождения бакплан: дис. канд. мед. наук: – Донецк, 1996. – 161с.
8. Кочергин Н., Самгин М., Монахов С. Дерматологический индекс акне // Эстетическая медицина. – 2004. – Т. III, №1. – С. 62-65.
9. Кочергин Н. Г., Смирнова Л. М. Дерматологическое качество жизни как психосоматический симптом дерматоза // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2006. – №4. – С. 11-15.
10. Кубанова А. А., В. А. Самсонов, О. В. Зобненкова. Современности особенности патогенеза и терапии акне // Вестник дерматологии и венерологии. – 2003. – №1. – С. 9-15.
11. Монахов С. А., Иванов О. А., Самгин М. А. Психосоциальные расстройства у пациентов, страдающих акне // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2003. – №4. – С. 45-52.
12. Шварц Н. Е., Силина Л. В., Лазаренко В. А. Качество жизни больных угревой болезнью и его изменение вследствие проведения различных видов терапии // Курский науч.-практ. вестник «Человек и его здоровье. – 2008. – №1. – С. 91-96.
13. Plevig G., Kligman A. M. Acne and rosacea. 3rd, Berlin, Germany // Springer Verlag. – 2000. – Vol.1, №3. – P.400

Korchak I. V., Korchak A. I.

DERMATOLOGICAL INDICES IN ASSESSING THE SEVERITY OF ACNE

Donetsk national medical university M. Gorky

Summary

Presents dermatologic use of indexes in the description of clinical cases of acne, presents a review of literature data on this problem.

Keywords: *acne vulgaris, quality of life, dermatological indexes.*

Провизион Л.Н., Гусак О.С., Шварева Т.И., Палвонов С.А.

СИНДРОМ ЛИНЯЮЩЕЙ (ОТПАДАЮЩЕЙ) КОЖИ

ГУ «Луганский Государственный медицинский университет им. Святителя Луки»

Резюме

В данной статье описаны случаи наследственного заболевания «Синдрома линяющей кожи» (как в отечественной, так и в зарубежной литературе) и случай собственного наблюдения.

Ключевые слова: синдром линяющей кожи, эксфолиативный кератоллиз.

«Синдром линяющей кожи» (эксфолиативный кератоллиз, *deciduous skin*, *keratolysis*, *skin shedding*, *familial continual*, *skin peelings*) – редкое наследственное заболевание, характеризующееся отслоением рогового слоя эпидермиса, не сопровождающееся какими-либо субъективными ощущениями.

При изучении данной темы мы столкнулись с рядом трудностей. «Синдром линяющей кожи» (далее ЭК) – настолько редкая патология, что в отечественных и зарубежных источниках описаны всего несколько случаев заболевания. Очень часто недостаточная информированность врача является причиной затруднения и ошибок при постановке диагноза. Данная статья поможет ознакомить отечественных специалистов со столь редким заболеванием, как ЭК, а также расширить представление об этой патологии.

История. В 1891 году Фрэнк и Сэнфорд [1] описали случай неизвестного ранее заболевания со схожей клиникой. Спустя 2 года, этого же больного наблюдали Хайл и Слай [1], подтвердившие достоверность клинической картины дерматоза. Позднее о немногих подобных больных сообщали Стэлвегон [1], Стоун [2], Монтгомери [1] и др. Заболевание получило название «*Shedding of the skin*», или «*Decidious skin*», что можно перевести как «линяющая кожа» [3]. Впервые термин описан Стоуном [1, 2] в 1900 году. Кренволд [2] при ЭК из очагов поражения выделял *Microsporum lanosum*, на основе чего МакКи и Льюис [2] предположили, что ЭК относится к дерматофитам. Однако связь данного заболевания с патогенными грибами не подтвердилась.

В 1921 году Фокс [4] впервые обратил внимание на наследственный характер заболевания. Этиология оставалась неизвестной вплоть до 70-х годов 20 века, когда эти данные подтвердились.

По мнению Кербен [10], ЭК свойственен аутосомно-рецессивный тип наследования. В 1969 году автор приводит сведения о наличии данного заболевания у 4 членов семьи. При электронной микроскопии отмечено рассеивание хроматина в верхних слоях эпидермиса.

Классификация. Согласно классификации Троупа и Меворы [11] выделяют генерализованную и локальную (акральную) формы заболевания.

В свою очередь генерализованная форма делится на 2 типа: А и В.

Тип А (невоспалительный) характеризуется бессимптомным течением и является наиболее частой формой заболевания. Гистологически определяется расщепление межклеточных связей внутри рогового слоя. Однако иногда наблюдается расщепление между роговым и зернистым слоями эпидермиса. Изредка между корнеоцитами встречаются включения, которые относят к аномальным липидам. Но их значение остается неясным [14].

Тип В (воспалительный) напоминает врожденную ихтиозиформную эритродермию. Отмечается атопия, наличие мигрирующих эритематозных пятен, обильное шелушение с отделяющейся пластами кожей. Гистологически наблюдается отсутствие рогового слоя или паракератоз. Встречаются липидные включения между корнеоцитами. Также, иногда можно

увидеть акантоз и периваскулярную инфильтрацию в сосочковом слое дермы. Этот тип генерализованной формы ЭК встречается гораздо реже, чем тип А [14].

Этиология и патогенез. Тип наследования - аутосомно-рецессивный. Новые мутации, затрагивающие ген, который отвечает за превращение профилагтрина в филаггрин, приводит к плохой агрегации и разрушению кератина и также считается причиной возникновения данного заболевания.

При акральном ЭК (АЭК) генетический дефект был сопоставлен с 15 хромосомой (участок содержащий кластер генов, которые кодируют транскляминазы (ТК)). Эти ферменты способствуют склеиванию кератинов и структурных белков, тем самым способствуя образованию рогового слоя. ТГ5 экспрессируется между роговым и зернистым слоем эпидермиса [7]. Ген, кодирующий этот фермент, является ключевым в патогенезе АЭК [9, 12, 15].

Мутация при генерализованном ЭК затрагивает ген, кодирующий синтез корнеодесмозина, который поддерживает структурную целостность рогового слоя [4, 5, 13].

Клиника. Клиническая картина характеризуется постоянной, не связанной со временем года, отслойкой рогового слоя эпидермиса, не сопровождающейся какими-либо субъективными ощущениями.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Учитывая крайне редко встречающиеся описанные случаи данного заболевания, как в отечественной, так и в зарубежной литературе, мы решили представить все найденные нами случаи ЭК и показать разнообразие клинических проявлений «Синдрома линяющей кожи».

Клинические наблюдения. В отечественной литературе Мерзляковым В.А., Никитиной Л.С. и Ильиным И.И. в 1977 году были описаны несколько случаев данного заболевания, клиническая картина которого была представлена следующим образом.

Больная Т., 19 лет. Жалобы на усиленное отшелушивание кожи, проявившееся в 10-летнем возрасте.

Status localis: Поражен весь кожный покров, за исключением кожи ладоней и подошв.

Наблюдается усиленное шелушение кожи, сопровождающееся отслойкой рогового слоя эпидермиса. При потягивании за обрывки отслоившегося рогового слоя, последний легко отторгается лоскутом. Кожа неравномерно окрашена на тех участках, где отшелушивание не произошло, и выглядит грязной.

Биопсия кожи голени: роговой слой частично отслоен, в дерме-небольшой периваскулярный инфильтрат лимфоцитарно-гистиоцитарного порядка. Клинические анализы в норме. Идентичное заболевание обнаружено у младшего брата (с 13 лет), а также у бабушки (со стороны отца), которая заболела в детстве.

В случаях, описанных Ильиным И.И., оба пациента были молодыми (20-ти и 21-ти года) и физически здоровыми мужчинами. Сведениями о подобном заболевании среди родственников больные не располагали. Заболевание не сопровождалось субъективными расстройствами, причиняя только косметические неудобства, так как самое легкое механическое воздействие приводило к безболезненному отторжению наружной части рогового слоя кожи. Обнаженная кожа отличалась по окраске, отслаивающаяся часть эпителиального покрова имела выраженный буровато-коричневый оттенок, а нижележащая часть была светлее. Чередование более темных и светлых участков придавало коже неприятный грязноватый вид. Через 4-6 дней вновь происходило образование слабо - фиксированного наружного пласта в роговом слое и опять можно было наблюдать феномен отслоения – эксфолиации, отслаивающаяся часть эпителиального покрова имела выраженный буровато-коричневый оттенок, чем заметно отличалось от более светлой нижележащей части.

При мытье в бане наружная часть рогового слоя на тыле кистей и стоп полностью отторгалась, скатываясь в валики.

Морфологически субстрат в данном случае заключался в умеренном утолщении рогового слоя на пораженных участках и расщеплении его на две примерно равные части, весьма слабо связанные между собой. Попытки лечения остались безуспешными.

Интересно, что при описываемом процессе, несмотря на периодическое отторжение наружной части рогового слоя, не возникало пи-

огенных осложнений, хотя больные постоянно занимались физическим трудом, и кожа их все время подвергалась загрязнению. Таким образом, у них сохранялась, по - видимому, функциональная полноценность рогового слоя, по крайней мере, в отношении противомикробной защиты.

Однако Фрэнк и Сэнфорд описали тяжелый случай ЭК у внешне здорового 33-летнего мужчины, у которого имелся феномен периодической генерализованной отслойки эпителия кожи и слизистой оболочки полости рта. Ежегодно, в одно и то же время, внезапно наступали резкая слабость, мышечный тремор, тошнота и рвота с быстрым подъемом температуры тела. Одновременно возникала гиперемия слизистых оболочек, а кожа становилась сухой и горячей. Через 3-4 часа острые симптомы стихали, сохранялась только гиперемия кожи, а через 2-3 дня начиналось слущивание эпителия кожи туловища и конечностей, слизистых оболочек полости рта и языка большими пластами. В течение месяца с момента начала обострения отторгались также ногтевые пластинки.

Интересным наблюдением поделились американские и индийские доктора, проводившие исследования в Бангладеш [6, 8].

При проведении исследований прослеживался наследственный характер заболевания. Эксфолиативный кератоз был обнаружен в четырех семьях.

Первая семья

В этой семье четверо из 7 детей были больны эксфолиативным кератозом. Между родителями был зарегистрирован кровный брак. Лишь в одном поколении были выявлены нарушения.

У старшей дочери (33 года) заболевание протекало в мягкой и локализованной форме. Впервые проявилось в возрасте 10-12 лет в области туловища. Проявления полностью исчезли в течение нескольких лет. На момент обследования активности заболевания не выявлено.

У второго и третьего сына болезнь проявилась в возрасте 8 лет. Течение было благоприятным и в течение нескольких лет проявления, по их собственным словам, значительно уменьшились. На момент обследования слабые проявления заболевания были найдены в области спины и груди.

Наиболее серьезно пострадал пятый сын. Заболевание проявилось в возрасте 3 лет. У него наблюдалось обширное отторжение рогового слоя без субъективных ощущений и признаков воспаления. Даже малое трение провоцировало отслоение рогового слоя эпидермиса. Поражен почти весь кожный покров, включая лицо. На ладонях и стопах роговой слой эпидермиса утолщен и расслоен без растрескивания. Однако, малейшее механическое воздействие вызывало его отторжение.

После обследования последнему пациенту был назначен системный ретиноид (изотретионин), однако лечение не принесло никакого результата.

Вторая семья

Один больной 22-летний мужчина родился от кровного брака. Никто в семье, кроме него самого, включая двух его братьев, не был болен.

Заболевание проявилось в первые 2 года жизни. Затем было временное улучшение, но спустя 3 года вновь наблюдалось обострение и прогрессирование заболевания.

На коже разгибательных поверхностей предплечий, а также в области между лопаток наблюдалось обильное шелушение и отторжение рогового слоя эпидермиса. После отслоения рогового слоя, обнажались участки более светлой кожи. Обострения не сопровождалось субъективными ощущениями и возникали на протяжении всего года, однако их тяжесть заметно возрастала в летний период. Больному был назначен акритретин перорально (25 мг/сутки) в течение 2 месяцев. Были отмечены лишь незначительные и временные улучшения.

Третья семья

В этой семье больным был только один ребенок, 10-летний мальчик. Болезнь началась в возрасте 2 лет и носила распространенный характер. Поражена кожа конечностей, туловища и лица. Поражения ладоней и подошв не наблюдалось.

Тяжесть заболевания была сильнее выражена в летний период, однако никаких проявлений воспаления не было.

Пациенту был назначен ацитретин (25 мг/сутки) в течение 3-х недель, а затем - 10 мг/сутки в течение 6 недель. Лечение не дало положительного результата.

Четвертая семья

В этой семье у матери (35 лет) и ее единственной дочери (7 лет) наблюдалось отслаивание рогового слоя эпидермиса. В патологический процесс в основном были вовлечены кисти и стопы, однако также была затронута спина и шея. Больные отрицают наличие случаев заболевания среди других родственников.

В обоих случаях заболевание проявилось примерно в возрасте 5 лет. Обострения протекали без воспалительных проявлений и наблюдались периодически в течение всего года.

Во всех случаях не наблюдалось поражения придатков кожи, а также нарушений со стороны внутренних органов и систем.

Мы хотели бы, поделиться собственным наблюдением с аналогичным поражением кожи. К сожалению, своевременно нам не удалось поставить правильно диагноз, так как мы не располагали возможностью детально ознакомиться с литературой. Изучив доступные периодические издания, нами был поставлен правильный диагноз при повторном обращении пациентки на консультацию.

Больная 16 лет обратилась с жалобами на безболезненное отторжение кожи на ограниченном участке, в области позвоночника.

St. localis: в области ниже-грудного отдела позвоночника расположен очаг отторжения кожи размером 3x4 см. Отслаивающаяся часть эпителиального покрова имела выраженный буровато-коричневый оттенок. После отторжения обнажался участок более светлой кожи (светло-розовый слой эпидермиса со слегка студнеобразной массой). В местах, свободных от отслоения, кожа была неравномерно окрашенной и придавала вид грязной кожи. Кожный процесс, локализовался всегда на одном и том месте. Подобное состояние наблюдалось периодически в течение двух лет, до обращения на консультацию.

Больная нормостенического телосложения, удовлетворительного питания. Из перечисленных заболеваний: ОРЗ, детские инфекции. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Клинические анализы крови и мочи в норме. Отклонений при биохимических исследованиях не выявлено.

Подобное заболевание у ближайших род-

ственников не отмечалось. Видимой причины обострения заболевания мама не отмечала, только фиксировала факт отторжения. Охарактеризовала подобное состояние, как «линька» кожи. Лечились наружными средствами. Без диагноза. Проследить динамику заболевания после консультации нам не удалось.

В приведенных случаях патологический процесс чаще носил распространенный характер, однако иногда могут поражаться только отдельные участки кожи (кожа ладоней, стоп, шеи и спины).

Сложность ранней диагностики связана с поздним обращением больных, а также с редкостью заболевания и недостаточной осведомленностью врачей. Это также, очевидно, обуславливает столь большую редкость заболевания. Некоторые пациенты обращаются в клинику при проявлении ЭК в двух и более поколениях.

Диагностика. Диагноз выставляется на основе сбора анамнеза, характерной клинической картины, а также данных гистологического исследования.

Необходимо проводить дифференциальную диагностику с клинически сходными заболеваниями: субкорнеальный пустулез, буллезный эпидермолиз простой поверхностный, врожденная ихтиозиформная эритродермия, синдром Hetherton, пузырчаткой foliaceus, эритрокератодермия (erythrokeratolysis hiemalis (болезнь Оудсхорн), keratolysis exfoliativa).

Лечение. Лечение не проводится. Попытки проводить лечение ретиноидами оказывало кратковременные и незначительные улучшения. Но в большинстве случаев не приносило положительного эффекта. Местное лечение кератолитическими и кератопластическими средствами эффекта не давали.

Возможно, врожденный эксфолиативный кератолитиз следует расценивать не как заболевание, а как особое физиологическое состояние, при котором обновление эпителиального покрова происходит не за счет непрерывного отшелушивания отживших роговых клеток, а за счет периодического отторжения всей наружной части рогового слоя большими пластами, подобно тому, как это бывает у некоторых животных [1].

ВЫВОДЫ

1. «Синдром линяющей кожи» является редким наследственным заболеванием с аутосомно-рецессивным типом наследования.

2. Заболевание проявляется в возрасте до 25 лет, чаще в детском и подростковом возрасте.

3. Чем раньше проявляется заболевание, тем ярче его клинические проявления. С возрастом происходит сглаживание клинической картины.

4. Патологический процесс может быть распространенным и локализованным.

5. Мужчины болеют чаще, у них отмечается более тяжелое течение заболевания, чем у женщин.

6. Для ЭК присущ хронический характер течения с периодическими обострениями и ремиссиями.

7. У некоторых больных иногда обострение заболевания может сопровождаться нарушением общего состояния организма, однако, как правило, оно протекает без каких-либо субъективных ощущений.

8. Заболевание, в основном, протекает благоприятно. Лишь иногда обострение заболевания может сопровождаться воспалением и нарушением общего состояния организма.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Ильин И. И. О синдроме «линяющей или отпадающей кожи». // Вестник дерматологии и венерологии. – 1977. - №12. – С. 32-34.
- Мерзляков В. А., Никитина Л. С. Эксфолиативный кератоз. // Вестник дерматологии и венерологии. – 1977. - №2. – С. 62-64.
- Behcet P. E. Deciduous skin. // Arch Dermatol. – 1938. - №37. – P. 267.
- Fox H. Skin shedding (keratolysis exfoliativa congenital): report of a case. // Arch Dermatol. – 1921. - №3. – P. 202.
- Garg, Kshitij; Mishra, Devesh; Singh, Devesh // Dermatology Online Journal. – 2010. - №16 (3). [http://escholarship.org/uc/item/9s23v2m91 [03.06.2016].
- Hashimoto K, Hamzavi I, Tanaka K, Shwayder T. Acral peeling skin syndrome: // J Am Acad Dermatol. – 2000. - №43. – P. 1112 – 1119.
- Israeli S., Zamir H., Sarig O., Bergman R., Sprecher E. Inflammatory peeling skin syndrome caused by a mutation in CDSN encoding corneodesmosin. // J Invest Dermatol. – 2011. - №131. – P. 779 – 781.
- Kharfi M., Khaled A., Ammar D., Ezzine N., El Fekih N., Fazaa B., et al. Generalized peeling skin syndrome: Case report and review of the literature: // Dermatol Online J. – 2010. - №6. – P. 1.
- Kharfi, Monia; Khaled, Aida; Ammar, Donia; Ezzine, Nadia; Fekih, Nadia E. K, Fazaa, Becima // Dermatology Online Journal. – 2010. - №16 [3], [http://scholarship.org/uc/item/6hr262w] [03.06.2016].
- Kurban A. K, Azar H. A. Familial continual skin peeling. // Br J Dermatol. – 1969. - №81. – P. 191-195.
- Levy S. B, Goldsmith L. A. The peeling skin syndrome. // J Am Acad Dermatol. – 1982. - №7. – P. 606 - 613.
- Panja S. K, Sengupta S. Idiopathic deciduous skin. // Int J Dermatol. – 1982. - №21. – P. 262 – 264.
- PCDS.org.uk [http://www.pcds.org.uk/clinical-guidance/peeling-skin-syndromes] [03.06.2016]
- Silverman A. K, Ellis C. N, Beals T. F, Woo T. Y: Continual skin peeling syndrome: An electron microscopic study. // Arch Dermatol. – 1986. - №122. – P. 71 – 75.
- Wakade O, Adams B, Shwayder T. Acral peeling skin syndrome: a case of two brothers. // Pediatr Dermatol. – 2009. - №26, (3). – P. 328 – 330.

Provision L.N., Gusak O.S., Shvareva T.I., Palvonov S.A.

SYNDROME OF LINING (OTDING) SKIN

PI «Lugansk State Medical University St. Luke»

Summary

The authors described different clinical cases with “Peeling skin syndrome” (from periodical literature) and also case private observation.

Key words: *shedding skin syndrome, exfoliative keratolysis.*

И.Р.Тахташов

СЛУЧАЙ СИФИЛИТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА

*Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького
Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер*

Резюме

В статье описан случай висцерального сифилиса с поражением желудка у пациентки Б., 27 лет. Показана сложность дифференциальной диагностики сифилитического поражения желудка и опухолью желудка. Отмечена необходимость настороженности врачей всех специальностей к возможности поражения внутренних органов в целом и желудка в частности при сифилисе. Своевременная диагностика и адекватное лечение сифилиса позволяют предотвратить развитие необратимых процессов в желудке и добиться клинического выздоровления.

Ключевые слова: сифилис, висцеральные поражения, поражение желудка.

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

Заболеваемость сифилисом в последнее десятилетие значительно снизилась, однако увеличилось количество скрытых и малосимптомных форм, при которых высока вероятность вовлечения в процесс внутренних органов [3, 7].

Сифилитические висцеральные поражения возможны даже на ранних стадиях заболевания [1]. Они, как правило, протекают без выраженных симптомов, без специфических признаков, присущих сифилитическому поражению того или иного органа. У ряда пациентов ранний сифилис внутренних органов удается распознать лишь на основании сопоставления данных анамнеза, объективных симптомов и серологического обследования [7].

В современных условиях специфические поражения желудка выявляют чаще на ранних стадиях сифилиса с частотой, не превышающей 0,25-1% от всех клинических форм заболевания [4].

Особые опасения вызывает сформировавшаяся ярко выраженная тенденция ложноположительной эндоскопической диагностики рака желудка у больных с сифилитическим поражением желудка [2, 4]. Нередко, даже при морфологическом исследовании гастеробиоптатов, у пациентов с сифилитическим поражением желудка, патологические изменения расцениваются как рак или лимфома с последующей резекцией желудка и

даже гастероэктомией. В связи с этим, необходима настороженность врачей всех специальностей для своевременного выявления сифилиса [4,5].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Представить особенности клинических проявлений и диагностики сифилиса с поражением желудка у больной Б., 27 лет.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучена документация (медицинские карты стационарного больного ф.003 / у и медицинские амбулаторные карты больного венерическим заболеванием ф.065 / у) больной Б., 27 лет, жительницы крупного промышленного города.

Клиническое наблюдение. Больная Б., 27 лет, жительница, не замужем, работает продавцом промышленных товаров. Впервые обратилась к врачу-терапевту по месту жительства с жалобами на боли в эпигастральной области, тошноту, рвоту, общую слабость, снижение аппетита и резкую потерю в весе в течение 1,5-2 месяцев (до 12 кг). Несколько лет назад у больной была диагностирована и пролечена язвенная болезнь желудка.

Учитывая жалобы больной, анамнестические данные и резкую потерю в весе, участковый врач-терапевт направил больную на консультацию в противоопухолевый центр, с подозрением на опухоль желудка.

Пациентка госпитализирована в онкологический стационар, где была проведена фиброгастроскопия и биопсия с гистологическим исследованием пораженной зоны желудка. Заключение: хроническая язва желудка в стадии обострения, периязвенный гастрит, очаговая дисплазия покровно-ямочного эпителия II – III степени.

Пациентка была взята на диспансерный учет с диагнозом: инфильтративный рак желудка T4 N0 M0 St III, кл. гр. II.

При дальнейшем обследовании в процессе предоперационной подготовки в стационаре онкологического диспансера выявлен положительный (4+) результат комплекса серологических реакций (КСР) (сыворотка крови не титровалась). В связи с этим пациентка была выписана и направлена в кожно-венерологический диспансер (КВД). При обращении на момент осмотра в КВД сохранялись жалобы на тошноту, общую слабость, снижение аппетита и резкую потерю в весе.

Анамнез жизни: Рождение и раннее развитие без особенностей. Наследственность неотягощена. В прошлом отмечала простудные заболевания.

Эпидемиологический анамнез: не замужем. Была случайная половая связь с незнакомым мужчиной около 7 месяцев назад. Другие половые связи в течение 2-х лет категорически отрицает. Бытовых контактов нет. В течение последних 2-х лет обследования на сифилис не проходила.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, пониженного питания, кожные покровы и видимые слизистые вне очагов поражения свободны от высыпаний, обычной окраски.

Над легкими ясный легочный звук, везикулярное дыхание. Границы легких в пределах физиологических норм. Границы сердца в норме, тоны ясные, ритм правильный, АД 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется.

Кожа туловища, волосистой части головы, ладоней, подошв, слизистая полости рта свободны от специфических высыпаний.

В перианальной области имеется одиночная папула округлой формы застойно-синюшного цвета до 0,2 см в диаметре, безболезненная, с четкими границами, в стадии обратного развития.

О.З.: Стенки влагалища обычной окраски, эпителий шейки матки сохранен, из цервикального канала скудные слизистые выделения. Анало-

гичные выделения в заднем своде.

Паховые и периферические лимфатические узлы до размеров горошины, плотные, безболезненные при пальпации, не спаянные между собой и подкожной клетчаткой.

Результаты серологического обследования: РСК с кардиолипидным антигеном положительный 4+, титр 1:80, с трепонемным антигеном положительная 4+, микрореакция преципитации (МРП) с кардиолипидным антигеном положительная 4+ титр 1:8; реакция иммунофлюоресценции (РИФ) -200 и – абс. положительная 4+.

На основании клинических проявлений (папула в перианальной области, увеличенные периферические лимфатические узлы), данных анамнеза (случайная половая связь с незнакомым мужчиной около 7 месяцев назад) и серологического исследования (2-х кратных положительных КСР и положительных РИФ-200 и – абс.) установлен диагноз: сифилис вторичный рецидивный с давностью заболевания более 6 месяцев.

В условиях стационарного отделения КВД проведено лечение согласно существующим нормативным документам: бензилпенициллина натриевая соль по 1.000.000 ЕД внутримышечно каждые 3 часа в течение 28 суток, вит. В1 – 1,0 внутримышечно №10, экстракт алоэ – 2,0 внутримышечно №20, вит. В6 – 1,0 внутримышечно №10, метилурацил по 1табл. 4 раза в сутки 14 дней.

После начала пенициллинотерапии отмечалась реакция Геркстеймера II степени: озноб, повышение температуры тела до 37,4С, высыпания в перианальной области стали ярче.

В процессе специфической терапии высыпания регрессировали, на 8 сутки наступил скрытый период.

По окончании I курса лечения КСР оставался положительным 4+, но отмечено снижение титра реагинов до 1:40, МРП положительная 4+, титры также снизились до 1:4.

Боли в эпигастральной области, тошнота, рвота, общая слабость прекратились. Пациентка прибавила в весе.

Через 1 месяц в условиях стационарного отделения КВД проведен 2-ой курс лечения теми же препаратами и в тех же дозировках, что и при 1 курсе.

По окончании 2-го курса лечения продолжалась тенденция к снижению степени позитива-

ции КСР: РСК с кардиолипидным антигеном до 1:20, МРП до 1:2. Вес полностью восстановился.

После окончания антилюитического лечения пациентка направлена в онкодиспансер, где при повторном обследовании отмечено, что язвенный дефект зарубцевался, явлений гастрита не выявлено.

Окончательный диагноз: вторичный сифилис с давностью заболевания более 6 месяцев (рецидивный) с поражением желудка.

Пациентка переведена на клиничко-серологический контроль в кожно-венерологический кабинет по месту жительства.

Таким образом, особенностью данного наблюдения явились то, что явления язвенного гастрита, симулирующие опухоль желудка, при наличии в анамнезе язвенной болезни желудка, побудили пациентку обратиться за медицинской помощью к врачу-терапевту, а позже - к врачу-онкологу. Выявить специфичность процесса позволило лишь серологическое обследование крови на сифилис. Специфический процесс в области желудка регрессировал полностью в

процессе адекватной противосифилитической терапии.

ВЫВОДЫ

Диагностика висцерального сифилиса сопряжена со значительными трудностями и зачастую не своевременная из-за неспецифичности симптомов заболевания. Как следствие этого, пациент обращается за консультацией к врачу-дерматовенерологу со значительным опозданием. Можно предположить, что частота поражений внутренних органов при сифилисе значительно выше официально зарегистрированных, и только настороженность врачей всех специальностей и своевременная серологическая диагностика может позволить диагностировать случаи висцерального сифилиса на ранних этапах. С другой стороны, ранняя и своевременная диагностика и адекватное лечение сифилиса позволяют не только предотвратить развитие висцеральных необратимых процессов и добиться клинического выздоровления пациентов, но и «оборвать» возможное эпидемиологическое распространение инфекции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дмитриева С. Д., Легостаев Е. М. Диагностика сифилиса желудка при фиброгастроскопии // Вестн. дерматол. и венерол. – 2001. - №6. – С.55-57.
2. Кишковский А. Н. Дифференциальная рентгенодиагностика в гастроэнтерологии. – М., 1984. – 288 с.
3. Кубанова А. А., Кубанов А. А., Мелехина Л. Е., Богданова Е. В. Организация оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» в Российской Федерации. Динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, болезнями кожи и подкожной клетчатки, 2013-2015 гг. // Вестн. дерматол. и венерол. – 2016. - №3. – С.12-28.
4. Легостаев Е. М. Эндоскопическая дифференциальная диагностика рака желудка и опухолеподобной формы гастрита сифилиса. Автореф. Дис. канд. мед.н. – Ростов-на-Дону, 2004. – 28 с.
5. Пономарев А. А., Курыгин А. А. Редкие неопухолевые заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. – М., 1987. – 232 с.
6. Радионов В. Г., Радионов Д. В., Хайминов Е. М., Приходько А. И. Анализ эпидемической ситуации по заболеваемости сифилисом в Луганской области 20 лет спустя//Актуальная инфектология, - 2016. - Т.1(10).–С. 23-28.
7. Торишина Е. И. Анализ ошибок диагностики висцерального сифилиса (по материалам Смоленской области) // Вестник российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2010. - №4. - С.471-474.

I.R. Takhtashov

CASE OF SYPHILITIC LESION OF THE STOMACH

Donetsk National Medical University named after M.Gorky

Republican Clinical Dermatovenereological Dispensary

Summary

The article describes the case of visceral syphilis with gastric damage in patient B., 27 years old. The complexity of differential diagnosis of syphilitic lesions of the stomach and stomach tumors is shown. The need for the alertness of doctors of all specialties to the possibility of affecting the internal organs in general and the stomach in particular with syphilis is noted. Timely diagnosis and adequate treatment of syphilis can prevent the development of irreversible processes in the stomach and achieve a clinical recovery.

Key words: syphilis, visceral lesions, stomach damage.

Шай А.М.

АВТОРСКИЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ УГЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Резюме

Представлен авторский метод контурной пластики угла челюсти с целью коррекции птоза мягких тканей контура лица. Обсуждается анатомия этой области, возможные нежелательные явления, техники, которые не изменяют гендерные признаки пациента.

Ключевые слова: контурная пластика, угол челюсти, гендерные особенности.

В пути коррекции возрастных изменений немаловажное значение играет восстановление векторов натяжения молодого лица, которое должно производиться без изменения гендера пациента. Одной из таких зон, играющей важную лифтинговую роль для контура овала лица, является угол нижней челюсти, сформированный между ее телом и ветвью (рис. 1).



Рисунок 1. Формирование угла нижней челюсти

В молодом возрасте эта зона формирует вектор натяжения кзади и книзу (рис. 2).

С возрастом, в силу процессов остеомалации, угол между телом и ветвью нижней челюсти увеличивается, кость как бы «выдвигается» кпереди, что приводит к уменьшению опорной функции (рис. 3), формированию птоза мягких тканей овала лица.



Рисунок 2. Вектор натяжения, формируемый углом нижней челюсти

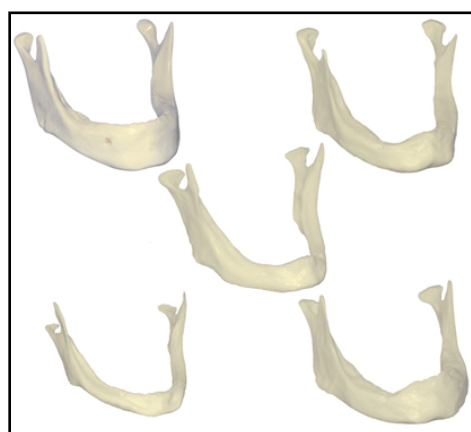


Рисунок 3. Возрастные изменения нижней челюсти, увеличение ее угла

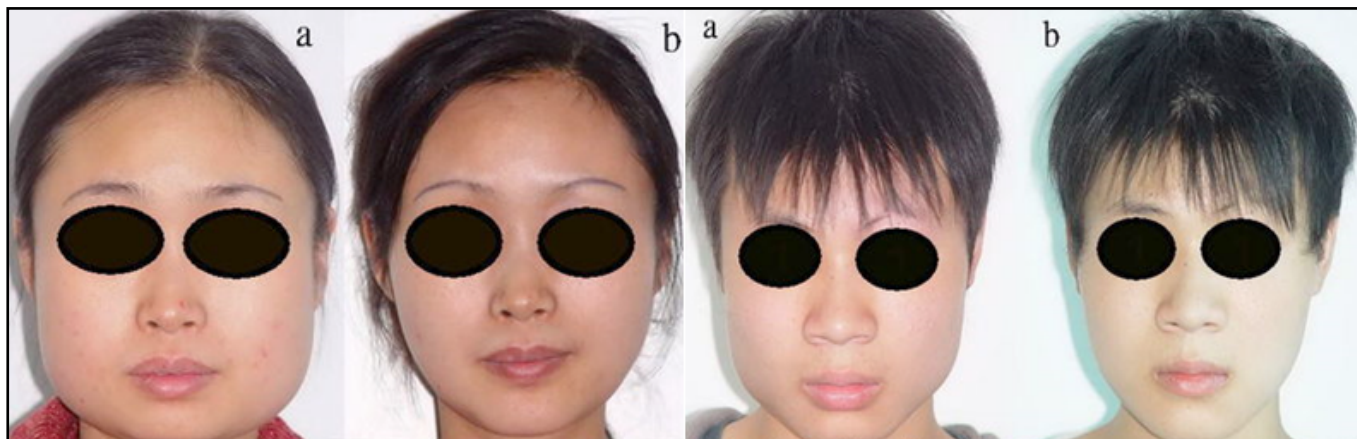


Рисунок 4. Хирургическая коррекция нижней челюсти
Примечания: а - фото до, б - после удаления части кости

Для восстановления опорной функции данной области предложено значительное количество методик контурной пластики, однако те схемы, которые совпадают с костной основой этой области, могут приводить к расширению нижней трети, увеличению угла челюсти, что по гендерным признакам характерно для мужчин, и при выраженности у женщин придает им излишней мужественности (рис. 4) [1].

Гендер - осознанное значение пола, социокультурная манифестация факта пребывания мужчиной или женщиной, освоенные характеристики, ожидания и модели поведения [1]. Если результат контурной пластики идет в разрез гендеру, то пациент и окружающие оценивают результат, как «что-то не то», не в состоянии указать, что именно произошло «не так».



Рисунок 5. Авторская схема коррекции угла нижней челюсти

Коррекция этой области дает выраженный сиюминутный результат, отмечаемый пациентами, нарастающий с течением времени, однако есть особенности, позволяющие добиться более выраженного результата и не изменяющих гендер. Мы предлагаем проводить канюльную коррекцию, повторяющую основные предложенные техники, имеющую авторскую модификацию в виде выкладывания препарата позади ветви и ниже тела челюсти (рис. 5).

Для правильного и безопасного проведения процедуры необходимо учесть анатомию данной области. Формировать канал иглой следует не глубоко, прокалывая лишь кожу, помня о расположенной в этой области позадинижнечелюстной вене (рис. 6). Для места введения канюли следует прощупать заднюю поверхность ветви челюсти и нижнюю поверхность ее тела, пересечение которых будет ориентиром для удобства формирования двух векторов и выкладывания филлера в виде буквы «L».

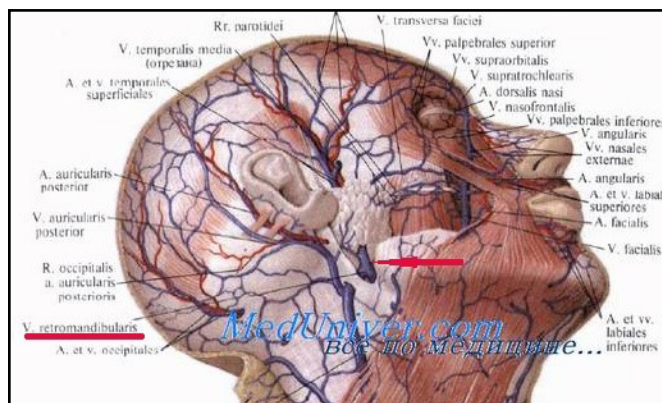


Рисунок 6. Схема венозной сети головы и шеи
Примечания: позадинижнечелюстная вена указана стрелкой.

Уровень введения канюли «дерма - гиподерма», вертикальный ход проводится между задней поверхностью ветви челюсти и ушной раковиной, до уровня козелка, чтобы не повредить поверхностную височную артерию (рис. 7).



Рисунок 7. Поверхностная височная артерия
Примечания: в пинцете фиксирована поверхностная височная артерия

Количество требуемого препарата зависит от степени дистрофии костной структуры, толщины кожи и количества жировой клетчатки нижней трети лица, и составляет от 0,5 до 1,0 мл на сторону. Для коррекции оптимально использовать плотные филлеры-волюмайзеры, например, концентрацией 26 мг/мл. Вертикальный ход бывает затруднительно проводить при выраженной дряблости кожи, необходимо приложить определенные усилия при прохождении околоушных связок. На этот ход необходимо потратить большее количество препарата (0,3 и 0,7 мл. соответственно), выкладывая его в виде «пирамиды», увеличивая количество вводимого препарата книзу (рис. 5), как бы

«наращивая» утраченные объемы кости. Затем провести горизонтальный ход под нижней поверхностью тела челюсти, доходя до переднего края жевательной мышцы, до места проекции лицевых артерий и вены (рис. 8).



Рисунок 8. Отпрепарированный угол нижней челюсти
Примечания: стрелкой указана лицевая артерия

Препарат вводится подкожно, формирует фигуру в виде буквы «L» (рис. 9), которая повторяет форму «молодой» кости, играет дополнительную механическую функцию «защелки», которая западает за уровень кости и натягивает за собой мягкие ткани лица.



Рисунок 9. Отпрепарированный угол нижней челюсти после предварительного введения геля
Примечания: введенный гель подкрашен красным цветом

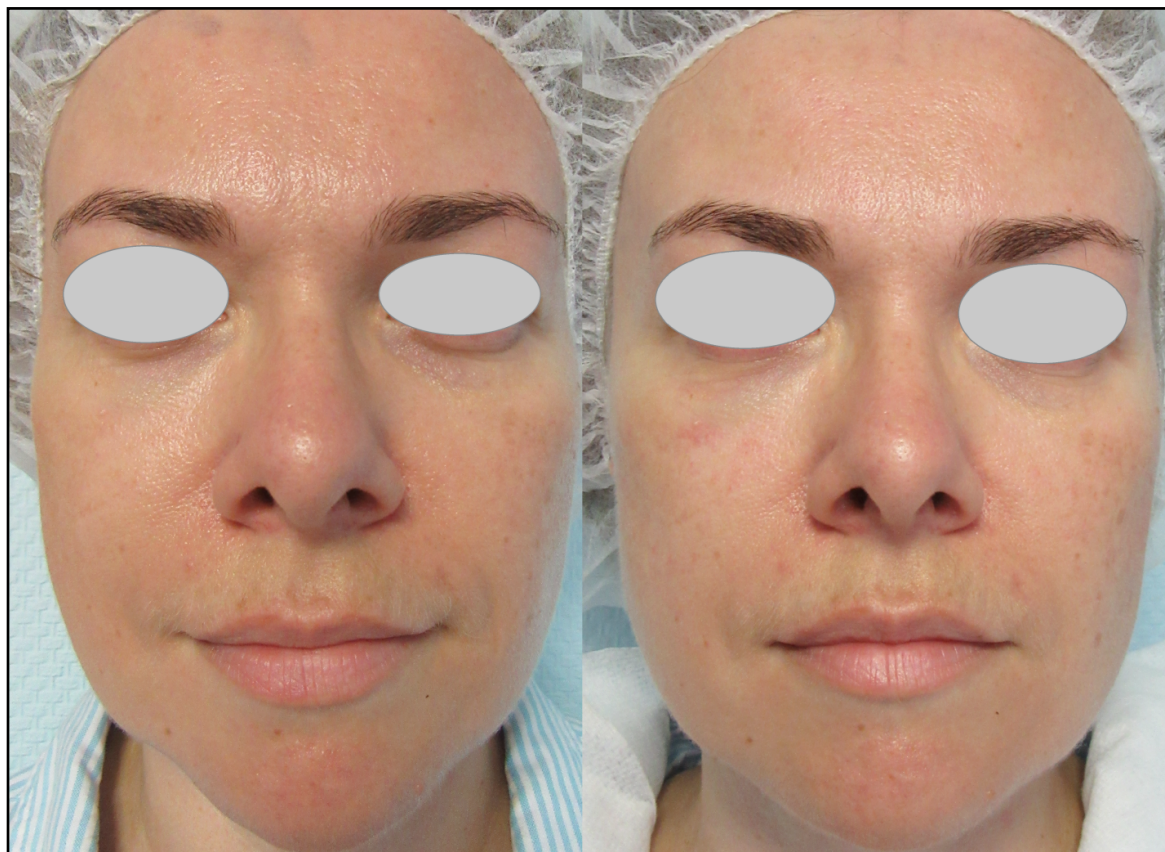


Рисунок 10. Результат авторской коррекции (1,0 мл. филлера 26 мг/мл, канюля 22Gx50 мм)

Результат проявляется после процедуры (рис. 10), выражается в виде лифтинга мягких тканей: уменьшение «брылей», некоторого «расширения» рта, вертикализации красной каймы верхней губы, подъема угла рта, улучшению рельефа кожи в подглазничной области. Еще один немаловажный аспект - разглаживание предушных морщин,

которые формируются за счет деградации костной ткани нижней челюсти и сложны в коррекции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. www.haodf.com/zhuanjiaguandian/leejimwa_786617067.htm
2. Шапиро В. Новейший философский словарь. Мн. - Книжный дом. - 2003.

Shai A.M.

AUTHOR'S CORRECTION METHOD OF THE ANGLE OF THE LOWER JAW

Donetsk National Medical University M. Gorky

Summary

The author's method of contour plasty of the angle of the jaw is presented with the aim of correcting the ptosis of the soft tissues of the contour of the face. The anatomy of this area, possible undesirable phenomena, techniques that do not change the gender characteristics of the patient are discussed.

Keywords: contour plastic, angle of the jaw, gender features

Шелехов С. Ю.

ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОДХОД К УПРАВЛЕНИЮ МИМИКОЙ С ПОМОЩЬЮ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А

*Член экспертного совета по ботулинотерапии стран СНГ,
сертифицированный тренер по ботулинотерапии в странах
Средней и Центральной Азии, Алма-Ата*

Начало 90-х годов прошлого века ознаменовалось появлением нового метода в эстетической медицине — устранение мимических морщин с помощью инъекций препаратов ботулинического токсина типа А. По мере накопления знаний о самом ботулиническом токсине и механизмах его действия пришло понимание того, что владея этой методикой можно не просто устранять морщины, но и моделировать внешность, а значит вмешиваться в непростую область управления мимикой, управления эмоциями.

Безусловно, старение неотвратимо, однако человеку в любом возрасте свойственно радоваться и печалиться, любить и ненавидеть, проявлять силу или слабость характера, испытывать множество разнообразных нюансов эмоций, переживаний, настроения, чувств, аффекта, страсти. Все это отражается на лице, меняя активность мимической мускулатуры, но и в свою очередь длительное стереотипное напряжение мимических мышц рождает изменение эмоционального мира пациента [1].

В общении друг с другом, в оценке наших пациентов и себя самих мы привыкли быстрее и точнее всего понимать и угадывать то или иное психологическое состояние по выражению лица. Мимические мышцы — это та основа, которая выдает и выражает эмоции человека, его переживания.

Эффект эстетической ботулинотерапии не сводится только к коррекции морщин или улучшению формы лица. Результатом выключения/ограничения мышечной активности может стать изменение стереотипа эмоционального реагирования. В предлагаемом материале представлена попытка систематизации двенадцатилетнего опы-

та применения ботулинического токсина типа А — препарата Диспорт — при коррекции внешности у самых разных (по полу, возрасту, этнической принадлежности и др.) групп пациентов. В центр внимания поставлен вопрос о том, как максимально индивидуализировать проводимую терапию, учитывая, однако, выявленные общие закономерности. Кроме того мы попытались проанализировать механизмы мимического реагирования и соответственно адаптировать методику применения ботулинического токсина.

Несмотря на единство анатомии и морфологии лицо каждого человека абсолютно уникально. Тем не менее, работа по систематизации человеческих лиц по каким-то общим, наиболее распространенным признакам проводилась в прошлом и, несомненно, будет проводиться в будущем. Это диктуется необходимостью упорядочивания накапливаемых знаний, а также совершенствованием методик изучения и воздействия на лицо. Хирургические, а сегодня и терапевтические методы эстетической медицины позволяют менять лицо человека самым кардинальным образом. Но каковы последствия этих вмешательств?

Попытки разработать типологию людей с учетом особенностей лица человека и характера его мимики предпринимались еще во времена Гиппократов, большую роль в развитии этого направления сыграло учение И.П. Павлова о типах высшей нервной деятельности. Сегодня, когда есть возможность интегрировать различные теории и подходы, при анализе тех или иных мимических «картин» на лице человека мы учитываем и его конституциональные особенности. Так, холерики с их избыточной жестикულიцией, резкими и порывистыми движениями, даже в обычной ситуации

при экспрессии эмоций задействуют почти все мимические мышцы. Флегматики же по причине низкой интенсивности эмоционального реагирования почти не пользуются мышцами лица в обыденной ситуации.

По нашему мнению, для анализа мимических особенностей лица наиболее приемлемой является классификация M. de Maio [3]. Эта классификация наиболее полно отвечает запросам специалистов, проводящих ботулинотерапию для коррекции возрастных изменений. De Maio выделил шесть двигательных типов: гиперкинетический, нормокинетический, гипокинетический и, соответственно, гипоили атонический, нормотонический и гипертонический. Тип мимики конкретного пациента определяет различные цели и задачи ботулинотерапии.

Гиперкинетический тип — наиболее яркий по мимической картине. Люди с таким типом мимики, как правило, имеют холерический темперамент, склонны к жестикуляции, постоянно находятся в движении. Их лица очень выразительны, однако нередко наблюдается гиперэкспрессия эмоций. У таких пациентов ботулинотерапия мимических морщин наиболее эффективна, однако требует снижения активности целого комплекса мышц для изменения слишком активного мимического стереотипа.

Первая процедура может представлять определенные сложности из-за слишком большой вовлеченности мышц в мимическую экспрессию. Иногда требуется повторная инъекция с коррекцией компенсаторной мышечной реакции.

Нормокинетический тип — самые гармоничные по мимической картине пациенты, чаще всего сангвиники. Мимика, обуславливающая формирование морщин, умеренная, легко поддается коррекции с прогнозируемым результатом. Устранение возрастных признаков у таких пациентов возможно как в верхней половине лица, так и в нижней. Помимо коррекции морщин с высокой эффективностью можно проводить Диспорт-лифтинг.

Гипокинетический тип требует коррекции мимики ботулиническим токсином лишь при выявлении специфической клинической картины (локальная гиперактивность определенной мышцы). У остальных пациентов, может быть, следует воздержаться от применения БТА, выбирая другие

методы эстетической медицины, в том числе и по социокультурным соображениям: мимика флегматика и так небогата.

Оценка пациентов по статическому напряжению мышц дает возможность отнести их к одной из перечисленных групп (нормотоники, гипертоники, гипотоники). Чаще всего в практике дерматокосметолога встречаются нормотонические пациенты с разнообразной мимической активностью. Но, несомненно, приходится диагностировать и варианты тонических изменений.

Тонические типы сокращений мышц (длительное статическое напряжение или атония) требуют более детального обследования пациента, так как чаще являются пограничными неврологическими ситуациями. В этом случае инъекции БТА должны проводиться или контролироваться неврологами.

Решение вопроса о целесообразности коррекции, выбор дозировки, разведения, локализации точек инъекции будут более точными при анализе активности мимической мускулатуры. Учет типов сокращений мышц позволяет построить долговременную стратегию ведения пациента с применением препаратов ботулинического токсина.

Несмотря на определенную детерминированность принадлежности к конкретному мимическому типу, облик человека и индивидуальный паттерн морщин формируются еще и под влиянием огромного количества факторов, включающих этнические особенности, профессию, климатические условия в месте проживания, стереотипы эмоциональной экспрессии, наблюдаемые в конкретной семье, и многое другое.

Область глаз является одной из главных мимических зон лица. Ее выразительность формируют три основные мышцы: лобное брюшко затылочно-лобной мышцы (*m. frontalis*), мышца, сморщивающая бровь (*m. corrugator supercilii*), и круговая мышца глаза (*m. orbicularis oculi*), в меньшей степени — мышца «гордецов» (*m. procerus*). Согласованная работа этих мимических мышц обеспечивает моделирование положения бровей и век, и, собственно, отвечает за картину «зеркала души». Диапазон мимических вариаций в этой области огромен как нигде — от выражения непреклонной воли до растерянности, смущения, огорчения.

Именно по форме бровей и выражению глаз чаще всего оценивается настроение человека [4].

Опущенные вниз латеральные углы глаз и наружные концы бровей отражают грусть и печаль, поднятые вверх — радость или удивление. Сближение бровей к переносице сопутствует демонстрации непреклонной воли, возможно — сосредоточенности; брови,

«разъехавшиеся» в стороны, говорят нам о спокойствии, умиротворении, безмятежности. Если головки бровей приподняты и сближены между собой, а поперечные морщины на лбу соединяются с продольными, образуя букву «П», можно однозначно судить о меланхолической скорби. В спокойной обстановке приподнятые брови, широко раскрытые глаза придают лицу удивленное выражение.

И все же даже при таком многообразии индивидуального рисунка морщин есть общие закономерности их формирования под влиянием систематического сокращения тех мышц, которые чаще всего работают у конкретного человека. Существенную роль здесь играют и различные варианты строения мышц, хотя они встречаются не так уж

часто [5]. Дело в том, что степень дифференциации отдельных мышц из первоначального общего зародышевого подкожного мышечного пласта индивидуально изменчива. Следствием особенностей эмбриогенеза становятся различия формы и размеров мышц, иногда — слияние соседних мышц или разделение обособленной мышцы на отдельные пучки. Врожденные анатомические особенности мышц также вносят свой вклад в формирование мимической картины у разных типов пациентов.

Индивидуальные анатомические особенности мимических мышц и определенный функциональный детерминизм легли в основу классификации мимических паттернов лица, которая позволяет в значительной степени алгоритмизировать эстетическую ботулинотерапию (Чемерис А., Шелехов С., Раннева Е.) [6]. Анализ результатов клинической практики и изучение фотоархивов позволили выделить некоторые закономерности коррекции Диспортом ключевых областей — лба, межбровной и периорбитальной.

ТИПЫ МИМИЧЕСКИХ ПАТТЕРНОВ В ОБЛАСТИ ЛБА

Прямой равномерно-горизонтальный паттерн (рис. 1–2)



Лобная мышца равномерно активная, с высоко расположенным апоневрозом (galea aroneurotica), в результате векторы сокращения мышцы одинаково вертикальны. Морщины лба представлены прямыми горизонтальными линиями, их количество различно: однорядное расположение чаще встречается у молодых пациентов с невыраженной мимикой или в случае «узкого лба»; многорядное

(параллельное) — при анатомически выраженном широком лбе и/или у пациентов с активной мимикой (гиперкинетиков). Чаще встречается у мужчин.

Инъекции БТА проводятся по одной прямой горизонтальной линии; точки инъекций равноудалены друг от друга. Доза Диспорта — 3–5 ЕД на точку, всего 15–25 ЕД (общая доза зависит от площади мышцы).

Паттерн центральной активности (рис. 3–4)

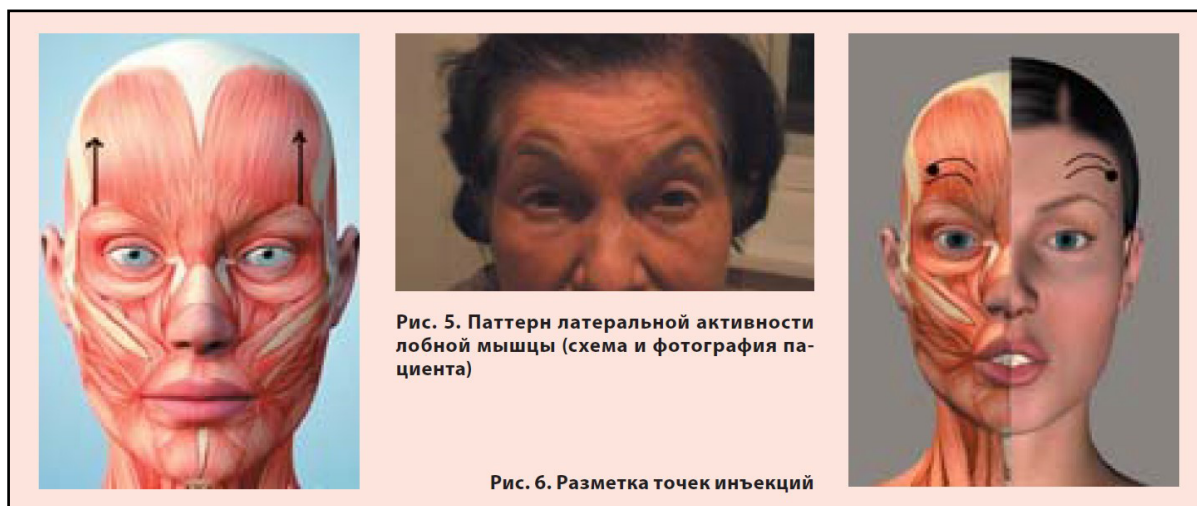


Характеризуется выраженной активностью центральной части лобной мышцы и низко расположенным апоневрозом. Морщины лба имеют форму волны.

Инъекции БТА проводятся по одной ли-

нии или V-образно; точки инъекций равноудалены друг от друга. Доза Диспорта — 2–5 ЕД на точку, всего 8–25 ЕД (общая доза зависит от площади и активности мышцы).

Паттерн латеральной активности (рис. 5–6)



При нормальном или низком расположении апоневроза максимально выражен вектор сокращения боковых порций лобной мышцы. Формирование морщин происходит в латеральных областях лба, центральная часть остается незадействованной в мимической ак-

тивности и морщины на ней практически отсутствуют. Форма морщин напоминает скобки, которые расположены над бровями.

Инъекции БТА проводят симметрично в одну или несколько точек. Доза Диспорта — 1–5 ЕД на одну точку (суммарно 2–15 ЕД).

Паттерн медиальной активности (рис. 7–8)



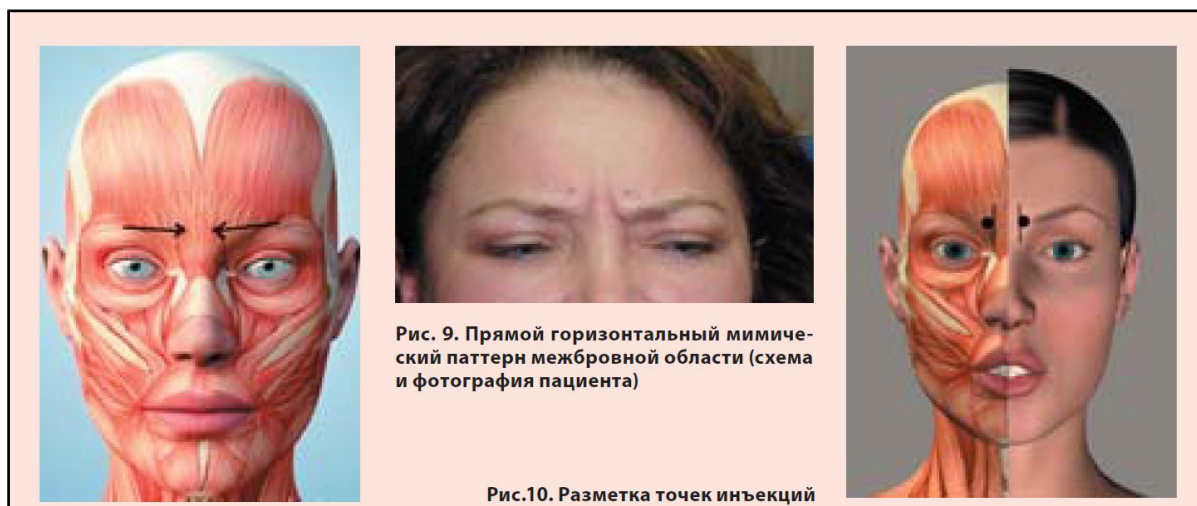
Отмечается выраженная активность медиальных порций лобной мышцы, часто в содружестве с мышцей, сморщивающей бровь (характерная картина — «меланхолическая скорбь»). Апоневроз лобной мышцы расположен высоко. Морщины формируются в

виде волны, расположенной в центральной части лба.

Инъекции БТА проводятся часто содружественно как в лобную мышцу, так и в мышцы межбровной области. Доза Диспорта — 5 ЕД на одну точку (суммарно 15–20 ЕД).

ТИПЫ МИМИЧЕСКИХ ПАТТЕРНОВ МЕЖБРОВНОЙ ОБЛАСТИ

Прямой горизонтальный паттерн (рис. 9–10)



Векторы движения мышц, сморщивающих бровь (*m. corrugator supercilii*), направлены центростремительно навстречу друг другу с небольшим отклонением книзу. Все это сочетается с низкой активностью пирамидальной мышцы (*m. procerus*) и отражается формированием 1–2 вертикальных морщин, длина которых зависит от

ширины медиального брюшка корrugатора, силы сокращения этой мышцы, а также от расположения мест ее переплетения с лобной мышцей.

Инъекции БТА проводятся в одну точку каждой мышцы, сморщивающей бровь. Доза Диспорта — 10–25 ЕД на одну точку (суммарно 20–50 ЕД).

Прямой вертикальный паттерн (рис. 11–12)



Векторы сокращения мышцы, сморщивающей бровь, выражены слабо, а вот пирамидальная мышца (m. procerus) максимально активна, что сопровождается формированием 1–2 горизонтальных морщин над переносицей.

БТА вводят в 1–2 точки пирамидальной

мышцы, отступая вверх и вниз на 5 мм от линии, соединяющей центр головки бровей. Доза Диспорта — 5–10 ЕД на точку (суммарно 5–20 ЕД). При наличии морщин на спинке носа (как на фотографии), вместо одной инъекции в нижнюю точку, можно ввести препарат в 2–3 точки (по 5 ЕД).

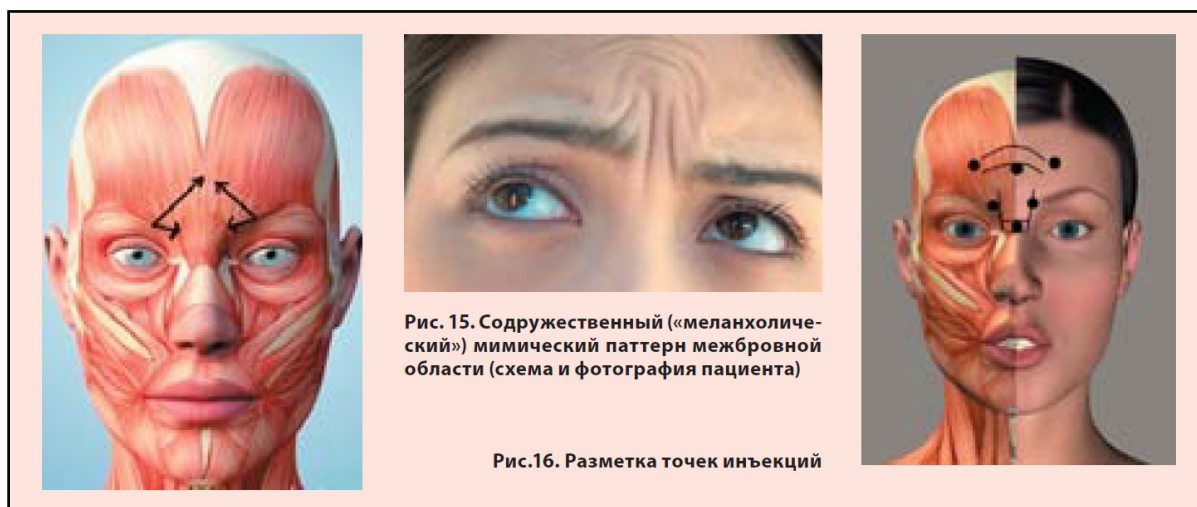
Равномерно активный паттерн (рис. 13–14)



Мышцы, сморщивающие бровь, и пирамидальная мышца одинаково активны, что приводит к формированию и горизонтальных, и вертикальных морщин.

Инъекции БТА проводят в классической схеме в мышцу «гордецов» и мышцы, сморщивающие бровь. Дозы — как при предыдущих паттернах.

Содружественный паттерн, формирующий «меланхолический» тип внешности (рис. 15–16)



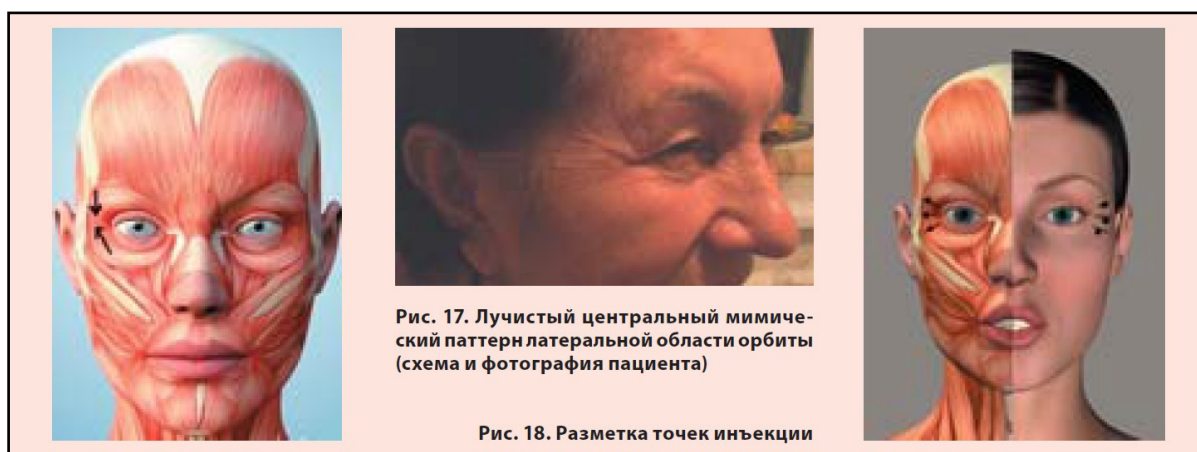
Векторы движения мышц, сморщивающих бровь, направлены навстречу друг другу с небольшим схождением вниз и к центру, что сопровождается формированием двух вертикальных морщин (иногда с небольшим наклоном). Длина морщин зависит от ширины медиального брюшка мышцы и силы ее сокращения. Вместе с сокращением центральной части лобной мышцы это приводит

к формированию «выталкивающего» вектора силы, направленного вверх, что придает складкам межбровной области редкую и характерную форму подковы.

Инъекции БТА обязательно проводят в мышцы лба и межбровной области. Дозы Диспорта: лоб — 5 ЕД на одну точку, мышца, сморщивающая бровь, — 10–20 ЕД, пирамидальная мышца — 5 ЕД (суммарно 40–80 ЕД).

ТИПЫ МИМИЧЕСКИХ ПАТТЕРНОВ КРУГОВОЙ МЫШЦЫ ГЛАЗА

Лучистый центральный (рис. 17–18)



Это наиболее часто встречающийся вариант морщин латеральной области орбиты, связанный с сокращением и преобладающей

активностью центрально-латеральной части круговой мышцы глаза.

Лучистый спускающийся (рис. 19)



Достаточно часто встречающийся вариант, связанный с сокращением и преобладающей активностью более широкой и удлиненной нижне-латеральной части круговой мышцы глаза.

Монолучистый (рис. 21)



Такой тип морщин связан с сокращением центральнолатеральной порции круговой мышцы глаза или высокой активностью скуловой мышцы (m. zygomaticus) при условии выраженного комочка Биша. В этом случае закладываются и фиксируются 1–2 горизонтальные морщины.

Лучистый верхний вертикальный (рис. 20)



Этот вариант связан с активностью верхнелатерального пучка круговой мышцы глаза и минимальной активностью ее нижнелатеральной части. Встречается редко.

При коррекции морщин латеральной парабитальной области количество точек инъекций варьируется в зависимости от величины сектора активности круговой мышцы глаза. Инъекции проводятся внутримышечно, отступая не менее 10 мм от костного края орбиты. Доза Диспорта — 5–10 ЕД на одну точку, суммарно 5–30 ЕД с каждой стороны (рис. 21).

Распределение пациентов по типам мимических паттернов позволяет более индивидуально, а соответственно и более гармонично подбирать схему терапии Диспортом с целью регуляции тонуса мышц и воздействия на мимическую экс-

прессию. В процессе модуляции мимики с помощью БТА важно помнить, что меняя функцию хотя бы одной мышцы, мы вмешиваемся в весь комплекс взаимодействий мышц лица.

Чем совершеннее овладеет врач методикой управления мимикой с помощью инъекций препаратов ботулинического токсина, тем гармоничнее будет результат терапии, как с точки зрения эстетики, так и общих ощущений пациента. Ничто не может заменить знания анатомо-функциональных особенностей мимических мышц лица, понимания законов мимической экспрессии и, конечно же, виртуозного владения самой методикой ботулинотерапии. Только комплекс знаний и практических навыков может предоставить свободу действий и простор для творческого подхода к коррекции внешности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кибкало А.П. «Познай свое лицо». М., Медицинская книга, 2006, 126 с.
2. Сеченов И.М. «Рефлексы головного мозга Попытка свести способ происхождения психических явлений на физиологические основы». М., Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2010, 128 с.
3. M.de Maio «Enhancing aesthetics». Conference «Toxins». Baveno, 2008.
4. Изард И. «Эмоции человека». М., 1980, с. 52.
5. Гайворонский И.В., Ничипорук Г.И. «Клиническая анатомия черепа». М., «Элби», 2006, 49 с.
6. Чемерис А.В. «Некоторые особенности мимики при коррекции Диспортом возрастных изменений». Конгресс эстетической медицины «Традиции и инновации», Алматы, 2007.

ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ СТАТЕЙ

Текст работы должен быть набран в текстовом редакторе Microsoft Word (95-2016), формат файлов *.doc или *.rtf. Рукопись должна быть тщательно проверена и отредактирована автором.

Форматирование: лист – 210×297 мм (формат А4), ориентация книжная, поля со всех сторон по 20 мм; гарнитура «Times New Roman», размер шрифта 14 пт, межстрочный интервал полуторный, абзацный отступ 125 мм.

Структура статьи:

- УДК
- Инициалы и фамилии автора/авторов
- Название работы
- Название организации, в которой выполнена работа
- Резюме с ключевыми словами
- Текст статьи
- Список литературы
- Резюме на английском языке с ключевыми словами

В тексте оригинальной статьи необходимо придерживаться следующей последовательности обязательных разделов:

- Актуальность
- Цель работы
- Материал и методы
- Результаты и обсуждение
- Выводы.

Текст клинических наблюдений, лекций, обзоров, статей по педагогике и по истории медицины и др. могут оформляться иначе. Объем оригинальных статей не должен превышать 12 страниц, передовых, обзорных и дискуссионных статей – не более 20 страниц, наблюдений из практики от 5 страниц и рецензий – не более 3 страниц.

Буквенные обозначения и аббревиатуры. Все буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть разъяснены только в тексте статьи. Аббревиатуры включаются в текст лишь после их первого упоминания с полной расшифровкой: например — герпетический дерматит Дюринга (ГДД). В аббревиатурах используются заглавные буквы.

Таблицы и рисунки. Таблицы должны иметь заголовки и сквозную нумерацию в порядке их первого упоминания в тексте нумерацию, обозначаемую арабскими цифрами без знака номера (например, Таблица 1). В тексте ссылки на таблицы даются при каждом их упоминании в круглых скобках – (табл. 1.). Если таблица одна, то она не нумеруется и в тексте делают ссылку – (см. табл.). Заголовок таблиц должен отражать ее основное содержание. Сверху справа необходимо обозначить номер таблицы (если таблиц больше, чем одна), ниже по центру дается ее название. Сокращения слов в таблицах не допускаются. Все цифры в таблицах должны соответствовать цифрам в тексте. Сокращения, использованные в таблице, должны быть пояснены в примечании, расположенном под ней. В десятичных дробях ставится запятая (например: 3,25; 0,5). Таблицы размещают в тексте после цитирования.

Весь **иллюстративный материал** (схемы, рисунки, диаграммы, графики, карты, фотографии) именуется рисунками. Допустимы четкие рисунки, сохраненные в фай-

лах формата «JPEG» или «TIFF» с разрешением 300-600 пикселей на дюйм в 256 градациях серого цвета для фотографий и 600 пикселей на дюйм для рисунков (2 цвета). Цветные изображения не публикуются. Рисунки должны иметь сквозную нумерацию (арабскими цифрами) в порядке их первого упоминания в тексте. В тексте ссылки на рисунки даются при каждом их упоминании в круглых скобках – (рис. 1.). Если рисунок один, то он не нумеруется и в тексте делают ссылку – (см. рис.). Рисунки сопровождаются подрисовочными подписями, включающими номер, название иллюстрации и при необходимости условные обозначения. Заголовок необходимо располагать под рисунком, выравнивание по центру. В подписях к микрофотографиям указываются метод окраски и увеличение. Все имеющиеся на рисунках детали обозначаются арабскими цифрами или строчными буквами латинского алфавита, которые расшифровываются в подписи. На осях координат для графиков следует указывать обозначения и единицы измерения (например: по оси абсцисс – время культивирования ткани, сут., по оси ординат – активность фермента, мл/мин.).

Библиографические списки и ссылки на литературу. Список процитированной литературы (Литература) оформляют с учетом требований ГОСТ Р 7.0.5-2008 «Библиографическая ссылка. Общие требования и правила составления» и с учетом «Единых требований к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы» Международного комитета редакторов медицинских журналов (Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals).

Резюме. Должно быть структурированным, на русском и английском языках объемом до 250 слов и включать цель, материалы и методы, результаты, выводы. В тексте нельзя использовать сокращения (аббревиатуры). При написании обзора, лекции, описании клинического случая или наблюдений из практики резюме может быть неструктурированное, объемом не более 150 слов. В резюме на английском языке должен быть включен полный заголовок статьи, фамилии и инициалы авторов, название учреждения.

Ключевые слова. После каждого резюме приводят ключевые слова в именительном падеже, не более 7.

Сведения об авторах. Оформляются на отдельном листе статьи, должны обязательно содержать следующую информацию:

- Ф.И.О. (полностью);
- Место работы (учебы) (с указанием подразделения), должность;
- Ученая степень;
- Ученое звание;
- Почтовый адрес (с указанием индекса);
- e-mail;
- Телефон (для связи).

Необходимо указать, с каким автором (если их несколько) следует вести переписку.

Работы принимаются редакционным советом по адресу: 83003, г. Донецк, ул. Калинина 107Б, РКДВД или в электронном варианте: e-mail: derma.kosmet@yandex.ru

